

## Neuanmeldung | Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Zusatzvers.: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Hobbys: \_\_\_\_\_ Sport: \_\_\_\_\_

**Behandlungsgrund:** \_\_\_\_\_

### Gesundheitsfragen:

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

Nein  Ja, Grund:

Haben Sie eine ärztliche Diagnose?

Nein  Ja, welche:

Haben Sie Herz-, oder Kreislauferkrankungen?

Nein  Ja, welche:

Ihr Blutdruck ist?

Normal  Zu tief  Zu hoch

Haben Sie Asthma oder Atemwegsbeschwerden?

Nein  Ja

Haben oder hatten Sie Venenbeschwerden?

Nein  Ja, welche:

Haben oder hatten Sie einen Tumor oder eine andere Krebsart?

Nein  Ja, welche:

Hatte ein Familienmitglied einen Tumor oder eine andere Krebsart?

Nein  Ja, welche:

Haben Sie Osteoporose?

Nein  Ja

Haben Sie rheumatische Erkrankungen?

Nein  Ja, welche:

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? (Diabetes, Schilddrüse, Cholesterin, Hormonstörungen, etc.)

Nein  Ja, welche:

Haben Sie eine Nervenerkrankung? (Parkinson, MS, Epilepsie, etc.)

Nein  Ja, welche:

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber?

Nein  Ja

Haben Sie Allergien?

Nein  Ja, welche:

Haben Sie Hautkrankheiten?

Nein  Ja, welche:

Haben Sie infektiöse Krankheiten (AIDS, Hepatitis, etc.)?

Nein  Ja, welche:

Andere Erkrankungen / Knochenbrüche?

Nein  Ja, welche:

Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen?

Nein  Ja, welche:

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Nein  Ja welche:

Hatten Sie Operationen?

Nein  Ja, welche:

Hatten Sie mal einen Unfall?

Nein  Ja, welcher:

Sind Sie schwanger?

Nein  Ja, in welcher Woche:

#### Sonstige wichtige Informationen an den Therapeuten:

Ich bestätige, die oben aufgeführten Fragen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich verpflichte mich, gesundheitliche Veränderungen, die während des Behandlungszeitraums auftreten, umgehend mitzuteilen. Sollten aufgrund meines Gesundheitszustandes Bedenken (Kontraindikationen) gegen bestimmte Behandlungen bestehen, liegt es in meiner Verantwortung, solche Behandlungen trotzdem durchführen zu lassen. In diesem Fall übernehme ich die alleinige Verantwortung für die entsprechenden Behandlungen und entlaste die Therapeutin vollständig und vorbehaltlos. Ich nehme zur Kenntnis, dass jegliche Haftung der Praxis Bach GmbH, vorbehaltlich der gesetzlichen Bestimmungen, ausgeschlossen wird.

#### Terminabsagen:

Wir möchten Sie bitten, sich im Verhinderungsfall **mindestens 24 Stunden** vor dem Termin abzumelden. Für Terminabsagen oder Verschiebungen am Montag bitten wir Sie, sich bis Freitag (Vorwoche) um 16.00 Uhr abzumelden. Andernfalls müssen wir den Termin zu 100% in Rechnung stellen, da die Behandlungszeit speziell für Sie reserviert wurde. Besten Dank für Ihr Verständnis!

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in:

\_\_\_\_\_

## Patienteninformation / Einwilligungserklärung

### Betreffend Datenschutz, E-Mail und SMS-Versand

Der verantwortungsvolle Umgang mit Patientendaten ist Teil unseres ethisch verantwortlichen Handelns. Datenschutz und Datensicherheit sind zentrale Anliegen unserer Praxis.

#### Personendaten

Bei der Interaktion mit Ihnen verarbeiten wir regelmäßig Personendaten, insbesondere im Rahmen von Behandlungen auch Gesundheitsdaten. Unsere Angebote sollen auf Ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichtet sein. Daher beschränken wir die Verarbeitung von Personendaten auf das notwendige Mindestmaß. Ihre Gesundheitsdaten unterliegen der beruflichen Schweigepflicht. Wir schützen Ihre Daten vor unberechtigtem Zugriff durch umfassende Sicherheitsmaßnahmen.

Alle Therapeuten unserer Praxis können Ihre Personendaten einsehen und nutzen. Gesundheitsdaten werden nur eingeschränkt und unter Einhaltung der beruflichen Schweigepflicht bearbeitet. Wir speichern Personendaten nur so lange, wie ein berechtigtes Interesse besteht oder eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht vorliegt. Sie haben jederzeit das Recht auf Einsicht in Ihre Personendaten.

#### Kommunikation

Um individuell auf Ihre Anliegen einzugehen, nutzen wir verschiedene Kommunikationsmittel, für die Sie uns Ihr Einverständnis geben:

- Telefon (inkl. Anrufbeantworter)
- Mobiltelefon (inkl. Combox, SMS, WhatsApp)
- E-Mail
- Briefpost

Die Zustellung der Quittung inkl. Rückforderungsbeleg erfolgt per E-Mail. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dem zu.

Wir weisen darauf hin, dass beim E-Mail-Verkehr der rechtlich notwendige Schutz nicht garantiert werden kann und unberechtigter Zugriff nicht ausgeschlossen ist. Bei SMS-Kommunikation kann die Nachricht auf mehreren Geräten erscheinen, was das Risiko mitlesen zu können erhöht.

Sie wurden über die Datenschutzmöglichkeiten und -risiken sowie Ihre Rechte aufgeklärt. Änderungen oder Widerruf dieser Einwilligung erfolgen schriftlich per Post oder E-Mail an die Bach GmbH in Dagmersellen sowie an Ihren Therapeuten.

Die Geschäftsführung der Praxis ist datenschutzrechtlich verantwortlich und überwacht die korrekte Datenbearbeitung. Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich jederzeit an sie wenden.

Diese Vereinbarung gilt ab dem untenstehenden Datum mit Unterschrift.

Ort, Datum:

---

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

---

Unterschrift Patient/in:

---