

## Aufnahmebogen Betriebliche 2024

\*Name:

\*Vorname:

\*Geburtsdatum:

TelNr/ Handy/Whatsapp:

\*Email:

Beruf:

Sport:

Medikamenteneinnahme: Nein / Ja, welche:

Operationen/Implantaten: Nein / Ja, welche:

Haben sie Beschwerden?

\*Was erwarten Sie von dieser Anwendung?

Wir vergeben die Termine individuell. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, dürfen wir Sie bitten, den Termin **mindestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abzusagen**. Wenn Sie später absagen oder ohne Absage die Behandlung nicht in Anspruch nehmen und es uns nicht möglich ist, den Behandlungstermin anderweitig zu belegen, müssen wir Ihnen einen Termin in Rechnung stellen.

Bitte bringen sie bei jeder Behandlung ein großes Tuch mit, der die ganze Liege bedeckt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\*Pflichtangabe

### Information zum Datenschutz DSGVO

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig. Nach Artikel 13 und 14 EU-DSGVO hat der Verantwortliche einer betroffenen Person, deren Daten er verarbeitet, die in den Artikeln genannten Informationen bereit zu stellen. Dieser Informationspflicht kommt dieses Merkblatt nach. Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden.

Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit.DSGVO. Weitere Rechtsgrundlage ist der §22 Abs.2 Nr. 1b BDSG. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt in der Regel aufgrund der Erforderlichkeit zur Erfüllung eines Vertrages gemäß Artikel 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO.

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation, Durchführung von Heilbehandlungen durch Abgabe von Heilmittel bzw. Behandlung auf Grund eines Behandlungsvertrages ohne ärztliche Verordnung (Sektorale HP-Erlaubnis) und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihren Arbeitgeber. Für die Abgabe von Heilmitteln ist unsere Einrichtung in die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden (Kassenzulassung).

Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen.

Werden personenbezogene Daten erhoben, ohne dass die Verarbeitung zur Erfüllung des Vertrages erforderlich ist, erfolgt die Verarbeitung aufgrund einer Einwilligung nach Artikel 6 Abs. 1 lit. a) i.V.m. Artikel 7 DSGVO.

Dauer der Aufbewahrung (rechtliche Vorgaben) beträgt 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung/Dienstleistung.

Der betroffenen Person stehen unter den in den Artikeln jeweils genannten Voraussetzungen die nachfolgenden Rechte zu:

- das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO,
- das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO,
- das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO,
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO,
- das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO,
- das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO,
- das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO
- das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen zu können, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung hierdurch berührt wird.

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO

Name und Anschrift Praxisinhaberin:

Jolanda Blijenberg, Nordwall 2, 47589 Uedem

Sie haben das Recht, jederzeit eine Auskunft über die Art der bei uns gespeicherten Daten sowie der technisch-organisatorischen Maßnahmen zu verlangen.

### **Patientenaufklärung Physiotherapie**

Die Ergebnisse der bisher erfolgten ärztlichen und heilpraktischen Untersuchung weisen darauf hin, dass ihre Beschwerden auf Funktionsstörungen des Bewegungs- und Haltungssystems beruhen. Die Folgen dieser Störungen können Bewegungseinschränkungen und Schmerzen sowie Taubheit und Kribbelgefühle im Bereich der Wirbelsäule und an Armen und Beinen sein. Bei Störungen im Bereich der HWS können Nackenschmerzen, Seh- und Hörstörungen, Ohrgeräusche, Schluck- und Stimmstörungen, Halsschmerzen, Fremdkörper,- Kloß- und Enge Gefühl im Hals, Schweißausbrüche, Schlafstörungen sowie Funktionsstörungen der inneren Organe auftreten.

Mit verschiedenen Techniken und therapeutischen Handgriffen aus dem Bereich der Physiotherapie, Massage, Lymphdrainage und Manuellen Therapie kann der Therapeut auf die jeweilige Funktionsstörung einwirken.

Mögliche Risiken der Behandlung durch manuelle Mobilisation:

o Bei Behandlungen der Extremitäten können vorübergehende muskelkaterähnliche Beschwerden auftreten.

o Wird ein nicht erkennbarer Bandscheibenvorfall durch den gezielten therapeutischen Handgriff aktiviert, kann es zu Lähmungserscheinungen kommen.

o Bei bestehenden Bandscheibenvorfällen kann es zu Beeinträchtigung der Nerven kommen.

o Durch Verletzungen der muskulären Innenwand der Arterien der Halswirbelsäule können sich Blutgerinnsel (Thrombose) bilden, die sich ablösen und Blutgefäße verschließen können (Embolie). Dies kann zu schweren bleibenden Schäden des Hirnstammes führen.

Sollten Sie während oder nach der Behandlung die vorab beschriebenen Beschwerden bzw.

Missempfindungen haben, teilen Sie dies bitte unverzüglich Ihrem Therapeuten mit. Eine vorübergehende Verstärkung der vorher vorhandenen Beschwerden für einige Stunden bis zu einem Tag ist möglich und kann als ungefährlich eingestuft werden.

Nach einer Behandlung der HWS sollten Sie erst nach ca. 20 Minuten am Verkehr teilnehmen. Der Therapeut führt zu Beginn, während und nach der Behandlung sogenannte SAFETY-TESTS zur Überprüfung der Funktionsstörung und Gefahrenabwendung durch.

Ich bin mündlich ausführlich über alle voranstehend genannten Punkte informiert worden. Ich stimme der Behandlung zu, bei Wahrung meiner Entscheidungsfreiheit, dass auf meinen Wunsch hin die Behandlung jederzeit abbrechen ist.

Datum

Unterschrift