

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Dazu benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihren Beschwerden. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Namen:  Vorname:

Adresse:

Mobil:  Telefon privat:

Email:  Hausarzt:

Versicherung ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe

Geb.datum.:  Beruf:

Sport/Hobby:

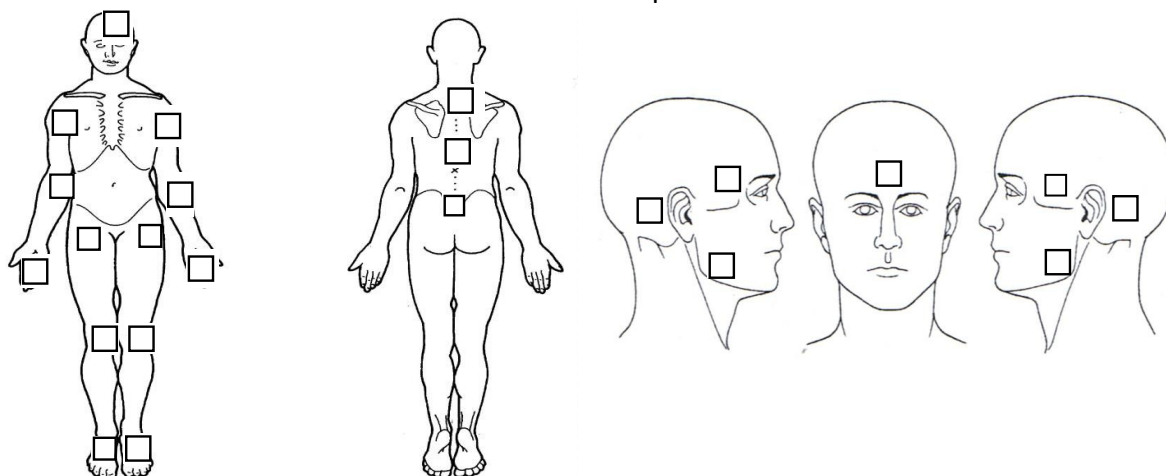
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

☐ Telefonbuch ☐ Internet ☐ Flyer ☐ Anzeige Empfehlung/Arzt :

**Eine Absage muss bis spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen. Bitte denken Sie daran, bei der ersten Behandlung die Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkassen an Ihrem Rezept.**

Datum:  Unterschrift:

1. Wo haben Sie Ihre Probleme? Bitte kreuzen Sie die passende Stelle an.



2. Haben Sie **Schmerzen**?

☐ Ja ☐ Nein

3. Ist Ihre **Beweglichkeit** verändert?

☐ Ja ☐ Nein

4. Ist Ihre **Sensibilität** verändert( Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit,Nadeln) ?

☐ Ja ☐ Nein

5. Ist Ihre **Kraft** verändert (Kraftlosigkeit,Lähmung) ?

☐ Ja ☐ Nein

6. Was sind die **Hauptbeschwerden im Alltag**?

7. **Wie lange** haben Sie Ihre **Beschwerden schon**?

8. Haben Sie Ihre Beschwerden ☐ **permanent** ☐ **mit Unterbrechung**

9. Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden (Unfall, Sturz, ect.) ?

☐ Ja ☐ Nein

10. Was verbessert bzw. was verschlechtert Ihre Beschwerden?

|                            |                                     |                                         |
|----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| Aktivität                  | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Ruhe                       | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Liegen                     | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Sitzen                     | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Aufstehen vom Sitzen       | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Bücken                     | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Beugen                     | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Stehen                     | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Gehen                      | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Laufen                     | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Heben                      | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Tragen                     | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Überkopfarbeit             | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Hand auf den Rücken nehmen | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Greifen                    | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Arbeit                     | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Hobby                      | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| Sport                      | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| morgens                    | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| mittags                    | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| abends                     | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |
| nachts                     | <input type="checkbox"/> verbessert | <input type="checkbox"/> verschlechtert |

11. Wie **stark** sind Ihre **Schmerzen aktuell** ?

(kein Schmerz) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (maximaler Schmerz)

12. Sind Ihre Beschwerden ☐ besser werdend ☐ gleich ☐ schlechter werdend ☐ variabel

13. Leiden Sie unter

- ☐ Gang- oder Gleichgewichtsstörungen
- ☐ Schwindel
- ☐ Übelkeit
- ☐ Ohnmachtsanfällen
- ☐ Benommenheit
- ☐ Schluckbeschwerden
- ☐ Doppelbildern

14. Sind Sie

- ☐ Asthmatiker/in
- ☐ Diabetiker/in
- ☐ Osteoporose Patient/in

oder haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Hepatitis, AIDS o.ä.)

15. Nehmen Sie momentan **Medikamente** ein ?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja welche (Kortison, Blutverdünnern, Betablocker ect.)

16. Hatten Sie jemals eine **Tumor** oder **Krebserkrankung** ? ☐ Ja ☐ Nein
17. Haben Sie **Kopfschmerzen** oder **nachts Schmerz**? ☐ Ja ☐ Nein
18. Haben Sie in den letzten Wochen **unerwartet abgenommen**? ☐ Ja ☐ Nein
19. Hatten Sie in der letzten Woche **Fieber, nächtliches/ extremes Schwitzen**? ☐ Ja ☐ Nein
20. Hatten Sie in Ihrem Leben schon **Unfälle** und/oder **Operationen**? ☐ Ja ☐ Nein
21. Haben Sie **sonstige Beschwerden**?  
 Seh-, Sprech-, Hörprobleme, Inkontinenz, Verstopfung, morgendliche Steifheit, leichte Kurzatmigkeit, Krämpfe ect. ? ☐ Ja ☐ Nein
22. Im Verlauf der letzten zwei Wochen haben meine **Schmerzen zeitweise ausgestrahlt**. ☐ Ja ☐ Nein
23. Im Verlauf der letzten zwei Wochen hatte ich teilweise **an anderen Stellen Schmerzen**. ☐ Ja ☐ Nein
24. Wegen meinen Schmerzen bin ich in letzten zwei Wochen nur **kurze Strecken gegangen**. ☐ Ja ☐ Nein
25. Während der letzten zwei Wochen habe ich mich wegen den Schmerzen **langsamer als üblich angezogen**. ☐ Ja ☐ Nein
26. Für eine Person in meinem Zustand ist es wirklich **nicht ratsam, körperlich aktiv zu sein**. ☐ Ja ☐ Nein
27. Ich mache mir in den letzten zwei Wochen häufig **Sorgen**. ☐ Ja ☐ Nein
28. Ich fühle, dass ich **schreckliche Schmerzen** habe und **dass sie nicht besser werden**. ☐ Ja ☐ Nein
29. Im Allgemeinen hatte ich **keine Freude** an den Dingen, die ich sonst gerne mache. ☐ Ja ☐ Nein
30. Wie **störend** werden Ihre Schmerzen in den letzten 2 Wochen im Gesamten?  
☐ überhaupt nicht  
☐ wenig  
☐ mäßig  
☐ stark  
☐ äußerst Stark
31. Weist Ihr **Schmerz** einen der folgenden **Merkmale** auf?  
 Brennen ☐ Ja ☐ Nein  
 Gefühl einer schmerzhaften Kälte ☐ Ja ☐ Nein  
 Elektrische Schläge ☐ Ja ☐ Nein
32. Treten die **folgenden Beschwerden** zusammen mit den Schmerzen im **selben Körperbereich** auf?  
 Kribbeln ☐ Ja ☐ Nein  
 Pieksen ☐ Ja ☐ Nein  
 Taubheitsgefühl ☐ Ja ☐ Nein  
 Juckreiz ☐ Ja ☐ Nein
33. Welche **Maßnahmen** zur **Diagnostik** oder **Therapie** wurden bisher durchgeführt  
☐ Röntgen  
☐ Computertomographie  
☐ Kernspintomographie  
☐ Spritze  
☐ Massage  
☐ Physiotherapie  
☐ Training  
☐ Anderes
34. Was sind Ihre **Erwartungen** und Ziele für die Therapie?

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

## **Information zum Datenschutz – Reha Aktiv**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Nach dem Datenschutzrecht sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, für welche Zwecke wir Ihre Daten in unserer Praxis verwenden.

### **1. Verantwortliche für die Datenverarbeitung**

**Gemeinschaftspraxis für Krankengymnastik und Physiotherapie**

**Reha Aktiv GbR**

**Dirk Schrenk und Arndt Hieber**

**Jagststraße 13**

**Bogenstraße 35**

**Bahnhofstraße 26**

**70806 Kornwestheim**

Datenschutzbeauftragter (extern):

Herr Jörg Zehentmaier, AB Erfolg durch Kompetenz UG (haftungsbeschränkt), Trieschweg 10, 34289 Zierenberg

### **2. Zwecke der Verarbeitung**

Wir erheben und verarbeiten Daten ausschließlich zu dem Zweck der Durchführung von Heilbehandlungen insbesondere in der Form der Abgabe von Heilmitteln (z.B. Krankengymnastik). Zudem verarbeiten wir Ihre Daten im Rahmen von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie Wellness, sofern Sie an diesen teilnehmen.

Unsere Praxis in der vertragsärztlichen Versorgung mit Heilmitteln als zugelassene Leistungserbringerin eingebunden (Kassenzulassung). Über die Rahmenverträge sind wir für die Abrechnung von Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, folgende Informationen bereitzustellen: Abrechnungsdaten, Urbelege (Verordnungsblätter, einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original), ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abgabe der Leistung aufzubewahren.

### **3. Empfänger Ihrer Daten**

Wir behandeln alle Patienten- und Kundendaten mit einem Höchstmaß an Vertraulichkeit und Diskretion. Eine Weitergabe Ihrer Daten findet an Ihre behandelnden Ärzte und an Ihre Krankenversicherung (wenn gesetzlich versichert) sowie bei gesetzlich Versicherten an das Abrechnungszentrum RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH, Am Schornacker 32, 46485 Wesel und an den Sportschule VIA NOVA e.V., Teckstraße 18, 70806 Kornwestheim statt. Eine Weitergabe an andere Personen oder Stellen, als die vorgenannten, findet nur insoweit statt, als dass wir hierzu gesetzlich oder über die Rahmenverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind oder Sie der Datenweitergabe ausdrücklich zugestimmt haben.

Zu der Datenweitergabe an Ärzte und Krankenversicherungen sind wir im Falle von Krankenbehandlungen gesetzlich verpflichtet. Die Datenweitergabe an das Abrechnungszentrum und den Sportschule VIA NOVA e.V. erfolgt aus unserem eigenen Interesse. Es gibt eine große Zahl an gesetzlichen Krankenkassen und unsere Patienten sind bei unterschiedlichen Kostenträgern versichert. Die Inanspruchnahme des Abrechnungszentrums und des Sportschule VIA NOVA e.V. erlaubt es uns, den Vorgang der Abrechnung stark zu vereinfachen, damit mehr Zeit für Sie und die Therapie verbleibt. Sind Sie nicht einverstanden, dass wir zur Abrechnung auch Ihrer Therapie Ihre Daten an das Abrechnungszentrum bzw. den Sportschule VIA NOVA e.V. weitergeben, können Sie der Datenweitergabe widersprechen.

#### **4. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung**

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung in unserer Praxis ist insbesondere der zwischen Ihnen und uns bestehende Behandlungsvertrag (Art. 6 Abs. 1b DSGVO, i.V.m. Art. 9 Abs. 2 h, Abs. 3 DSGVO und §22 Abs. 2 Nr.1 a und b BDSG) sowie die Verarbeitung zur Erfüllung eigener Interessen (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO).

#### **5. Auskunft**

Nach dem Datenschutzgesetz steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Datenübertragbarkeit und Einschränkung der Verarbeitung zu. Außerdem haben Sie das Recht, sich im Falle von Verletzungen Ihrer Rechte, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Deren Kontaktdaten lauten: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Königstraße 10a, 70173 Stuttgart.

#### **Kenntnisnahme**

Ich habe die Datenschutzhinweise der Praxis Reha Aktiv, in der Fassung vom 02.08.2018 erhalten und zur Kenntnis genommen.

Datum

Name und Vorname

Unterschrift

**Gemeinschaftspraxis für Krankengymnastik und Physiotherapie**  
**Reha Aktiv GbR**  
**Dirk Schrenk und Arndt Hieber**  
**Jagsstraße 13**  
**Bogenstraße 35**  
**Bahnhofstraße 26**  
**70806 Kornwestheim**

Hiermit **entbinde** ich

Name:  Vorname:   
Straße:  Ort:  PLZ:   
Geburtsdatum :   
die oben genannte Praxis

**von der Schweigepflicht in Bezug auf alle Informationen zu  
Behandlungen, welche dort stattgefunden haben.**

Die Entbindung erstreckt sich auf:

Name:   
Name:   
Name:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum : Kornwestheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift:

## Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um das Risiko für eine unerkannte „Corona-Infektion“ und damit der möglichen Ansteckung anderer Patienten und Personal zu minimieren, bitten wir Sie vorab den folgenden Fragebogen zu beantworten.

Name:  Geb.:

Anschrift:

**Bitte beachten Sie , dass dieser Fragebogen für Ihre gesamte Behandlungszeit in unserer Praxis gilt. Sollte sich bei den unten genannten Fragen etwas bei Ihnen ändern, bitten wir Sie darum uns telefonisch darüber zu informieren.**

Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß.

1. Haben Sie aktuell folgende Beschwerden?

Erkältungsbeschwerden ☐ Ja ☐ Nein

Durchfall ☐ Ja ☐ Nein

Geschmacks- und Geruchsverlust ☐ Ja ☐ Nein

2. Hatten Sie Kontakt zu einer nachweislich Covid-19 erkrankten Person in den letzten 14 Tage oder besteht ein Verdacht auf Covid-19 bei einer Person mit der Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt hatten?

☐ Ja ☐ Nein

falls Sie mit Ja geantwortet haben, wann war dieser Kontakt?

3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Hochrisikogebiet oder in einem Virusvariantengebiet?

☐ Ja ☐ Nein

falls Sie mit Ja geantwortet haben, dürfen wir Sie erst ab Ablauf der Quarantänefrist wieder behandeln.

4. Befinden Sie sich im Moment in häuslicher Quarantäne?

☐ Ja ☐ Nein

falls Sie mit Ja geantwortet haben, bitte sprechen Sie mit uns damit wir abklären, ob wir Sie weiter behandeln können.

Kornwestheim, den

Unterschrift: