

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 Daniela Renggli med. Massage 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 Daniela Renggli med. Massage in Hellbühl 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:
