



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____
Sport/Hobby: _____ Beruf: _____
Größe: _____ Gewicht: _____
E-Mail: _____

Wurden bei Ihnen bereits folgende Erkrankungen diagnostiziert?

Herz- und Gefäßerkrankungen

- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Koronare Herzkrankheit (KHK)
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Aneurysma
- ☐ Krampfadern/Varizen
- ☐ Thrombose
- ☐ Blutkrankheiten
- ☐ Erhöhte Blutungsneigung
- ☐ Sonstiges:

Baucherkrankungen

- ☐ Gallenerkrankungen
- ☐ Lebererkrankungen
- ☐ Magenbeschwerden
- ☐ Magen-/Darmgeschwür
- ☐ Verstopfung
- ☐ Durchfälle
- ☐ Blinddarm
- ☐ Kaiserschnitt
- ☐ Blasen-Nierenentzündungen
- ☐ Prostataleiden
- ☐ Frauenkrankheiten
- ☐ Sonstiges:

Hals-, Nase-, Ohren-, Augen-Krankheiten

- ☐ Mandelentzündung
- ☐ Zahnerkrankung
- ☐ Weisheitszahnentfernung
- ☐ Ohrgeräusche
- ☐ Mittelohrentzündung
- ☐ Nasen-
Nebenhöhlenentzündung
- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Sehstörungen
- ☐ Grüner/Grauer Star
- ☐ Schwindel
- ☐ Sonstiges:

Infektionskrankheiten

- ☐ HIV (Aids)
- ☐ Hepatitis
- ☐ Tuberculose
- ☐ Rheumatisches Fieber
- ☐ Mumps
- ☐ Masern
- ☐ Röteln
- ☐ Gürtelrose/Herpes Zoster
- ☐ Scharlach
- ☐ Sonstiges:

Neurologische Erkrankungen

- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Krampfanfälle/Epilepsie
- ☐ Parkinson
- ☐ Hirnblutung
- ☐ Hirnhautentzündung
(Meningitis)
- ☐ Polyneuropathie
- ☐ Sonstiges:

Knochen- und Gelenkerkrankungen

- ☐ Rheuma
- ☐ Bandscheibenvorfall o.ä.
- ☐ Gleitwirbel
- ☐ Frakturen/Knochenbrüche
- ☐ Osteoporose
- ☐ Arthrose
- ☐ Sonstiges:

Stoffwechselerkrankungen

- ☐ Diabetes mellitus
 - ☐ Typ I
 - ☐ Typ II
- ☐ Erhöhte Blutfette
- ☐ Gicht
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Hashimoto
- ☐ Unverträglichkeiten
- ☐ Sonstiges:

Atemwegserkrankungen

- ☐ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ Schlafapnoe
- ☐ Asthma
- ☐ Bronchitis
- ☐ Sonstiges:

Sonstige Erkrankungen

- ☐ Allergie
- ☐ Hautkrankheit
- ☐ Tumor
- ☐ Migräne
- ☐ Psychische Erkrankung
- ☐ Unfälle/Stürze/Trauma
- ☐ Operationen
- ☐ Sonstiges:

Lebensstil und sonstige Fragen

Haben Sie in letzter Zeit stark zu- oder abgenommen?

- ☐ Nein ☐ Ja, ich habe ____kg zugenommen ☐ Ja, ich habe ____kg abgenommen

Trinken Sie Alkohol?

- ☐ Nein ☐ Ja, gelegentlich ☐ Ja, regelmäßig _____

Rauchen Sie?

- ☐ Nein ☐ Ja - pro Tag _____

Berufliche Tätigkeit:

- ☐ Sitzend ☐ Stehend ☐ Körperlich anstrengend

Haben Sie Stress/ psychische Belastungen?

- ☐ Nein ☐ Ja

Besteht/Bestand eine Schwangerschaft?

- ☐ Nein ☐ Ja - welche Woche? _____

Haben Sie Metall im Körper?

- ☐ Nein ☐ Ja - wo? _____

Haben Sie Narben?

- ☐ Nein ☐ Ja

- sind diese missempfindlich?

- ☐ Nein ☐ Ja - welche? _____

Andere Medikamente/Hormonpräparate/Antibabypille:

(falls vorhanden bitte Medikamentenplan mitbringen)

Die Fragen zur Krankengeschichte und Risikofaktoren habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Eine Haftung der Praxis Main Vital Physiotherapie und ihrer Mitarbeiter ist aufgrund lückenhafter Angaben oder deren Folgen hiermit ausgeschlossen. Ich willige in die physiotherapeutische Behandlung ein und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten für Behandlungszwecke gespeichert und verarbeitet werden.

Datum: _____ Unterschrift Patient/Vertreter: _____

Datenschutzerklärung

1. – Verantwortliche für die Datenverarbeitung

Frau Carmen Eichelsdörfer
Dörfleinser Str. 60
96103 Hallstadt
E-Mail: kontakt@mainvital-physiotherapie.de
Telefon: 095170024661

2. – Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten (z. B. Kontaktdaten, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde), werden erhoben und verarbeitet, um Sie zu behandeln, Sie zu identifizieren und mit Ihnen zu kommunizieren, sowie um Leistungen abzurechnen. Dies umfasst insbesondere physiotherapeutische und heilpraktische Behandlungen – auch auf Selbstzahlerbasis. Andere Behandler (z. B. Ärzte, Heilpraktiker) können uns zu diesem Zweck Informationen übermitteln (z. B. Arztbriefe). Ohne diese Daten ist eine sorgfältige Behandlung nicht möglich.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage von

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DS-GVO zur Durchführung des Behandlungsvertrags bzw. vorvertraglicher Maßnahmen,
- Art. 6 Abs. 1 lit. c DS-GVO, soweit gesetzliche Verpflichtungen bestehen,
- Art. 6 Abs. 1 lit. f DS-GVO, wenn berechtigte Interessen verfolgt werden (z. B. Geltendmachung rechtlicher Ansprüche), sowie
- Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO, sofern eine Einwilligung erforderlich ist.

Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (insbesondere Gesundheitsdaten) stützt sich zusätzlich auf Art. 9 Abs. 2 lit. h DS-GVO in Verbindung mit  22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG.

3. – Empfänger Ihrer Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden nur dann an Dritte übermittelt, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger können insbesondere sein:

- andere Ärzte, Heilpraktiker oder Therapeuten, bei einer Mit- oder Weiterbehandlung,
- ggf. Ihre Krankenversicherung,
- für die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen das Optica Abrechnungszentrum Dr. Gldener GmbH, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart.

4. – Speicherdauer Ihrer personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden während der Behandlung gespeichert und verarbeitet. Nach Abschluss der Behandlung bin ich gesetzlich verpflichtet, Ihre Unterlagen mindestens 10 Jahre aufzubewahren. In Einzelfällen (z. B. bei laufenden Ansprüchen) kann eine längere Aufbewahrung erforderlich sein.

5. - Hinweis zur Datenbereitstellung

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten – insbesondere Ihrer Gesundheits- und Kontaktdaten – ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Ohne diese Angaben kann jedoch keine Behandlung geplant, durchgeführt oder abgerechnet werden.

6. – Ihre Rechte als von der Datenverarbeitung Betroffener

Sie haben jederzeit das Recht auf

- Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten (Art. 15 DS-GVO),
- Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO),
- Löschung (Art. 17 DS-GVO), sofern gesetzliche Vorgaben dem nicht entgegenstehen,
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO),
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) sowie
- Widerspruch gegen die Verarbeitung aus berechtigtem Interesse (Art. 21 DS-GVO).

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte direkt an die Verantwortliche.

Sie können eine erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (Art. 7 Absatz 3 Satz 1 DS-GVO). Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt rechtmäßig (Art. 7 Absatz 3 Satz 2 DS-GVO). Zudem haben Sie das Recht, sich an einen Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden (Art. 77 DS-GVO).

In Bayern ist dies z. B. der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz
Wagmüllerstraße 18,
80538 München
www.datenschutz-bayern.de

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten nach Maßgabe dieser Datenschutzerklärung verarbeitet werden.

Vorname Nachname (in Druckschrift)

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei minderjährigen Patienten: Unterschreibt nur ein Elternteil, bestätigt er damit, dass er allein sorgeberechtigt ist oder im Einvernehmen mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt. Die Praxis darf sich auf diese Erklärung verlassen, solange keine entgegenstehenden Hinweise vorliegen.



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligung und wirtschaftliche Aufklärung zur Behandlung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Vereinbarung anzuerkennen und in die Behandlung einzuwilligen.

1. Gesetzlich Versicherte (GKV, BG, UVT, Heilfürsorge)

- Die Praxis rechnet direkt mit Ihrer Krankenkasse ab.
- Zuzahlung GKV Versicherte: Gesetzlich versicherte Patient*innen ab 18 Jahren müssen pro Heilmittelverordnung eine Selbstbeteiligung der Behandlungskosten von 10% und eine Rezeptgebühr nach SGB V § 61 in Höhe von 10,00€ leisten.
- Die Zuzahlung erfolgt spätestens bei der zweiten Behandlung.
- Falls Sie von der Selbstbeteiligung befreit sind, legen Sie uns bitte Ihren Befreiungsausweis vor.
- Die Begleichung Ihrer Rezeptgebühr oder Leistung ist bei uns ausschließlich über EC-Kartenzahlung oder auf Rechnung möglich.
- Gewünschte ergänzende Leistungen, die über die ärztliche Verordnung hinausgehen, werden in einer separaten Honorarvereinbarung festgehalten und als Selbstzahler*innen-Leistung erbracht. Die Kosten werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen.

2. Privatversicherte, Beihilfeversicherte und Selbstzahler*innen

- Sie verpflichten sich, die Vergütung vollständig und pünktlich zu zahlen - unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Ihre Versicherung. Die Abrechnung erfolgt per Rechnung.
- Wir weisen darauf hin, dass unsere Preise von der Beihilfe nicht in voller Höhe übernommen werden.

3. Terminregeln und Ausfallgebühr

- Unsere Praxis ist als Bestellpraxis organisiert - jeder Termin wird exklusiv für Sie reserviert. Darum sind Termine pünktlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.
- Ausfallgebühr: Bei späteren Absagen oder Nichterscheinen ist die Praxis gemäß § 615 BGB dazu berechtigt, Ihnen den Ausfall in Rechnung zu stellen, sofern die Zeit nicht neu vergeben werden konnte. Das Ausfallhonorar orientiert sich an der vereinbarten Vergütung (Honorarvereinbarung) bzw. an der gesetzlichen Vergütung Ihrer Krankenkasse (auf Anfrage).

4. Hygiene und Kleidung

- Bitte achten Sie auf eine gepflegte Körperhygiene und tragen Sie saubere, bequeme Kleidung.
- Idealerweise legen Sie Ihren Schmuck bereits zu Hause ab.
- Bringen Sie zu jeder Behandlung ein großes Badehandtuch mit.
- Wir bitten Sie auf laute Telefonate innerhalb der Praxisräume zu verzichten und Ihr Mobiltelefon während der Warte- und Behandlungszeit auf lautlos zu stellen.

5. Haftungsausschluss

- Die Praxis haftet nicht für persönliche Gegenstände, die in der Praxis verloren gehen oder beschädigt werden.

6. Schweigepflicht

- Der/ die Patient*in willigt ein, dass die Therapeut*innen der Praxis jederzeit während der laufenden Behandlung die behandelnden bzw. überweisenden Ärzt*innen konsultieren können und Einsicht in die dort vorhandenen Befunde, Aufzeichnungen und bildgebenden Verfahren nehmen können. Die behandelnden bzw. überweisenden Ärzt*innen werden durch die folgende Unterschrift für die Dauer der Behandlung von der Schweigepflicht entbunden.

Datum: _____ Unterschrift Patient/Vertreter: _____