Ganzheitlich. Integrativ.
Praxis für Osteopathie und Entspannungstherapie
Swantje Stöterau · Heilpraktikerin und Osteopathin

Anamnesebogen

Osteopathie · Entspannungs- und Massagetherapie · Psychologische Beratung

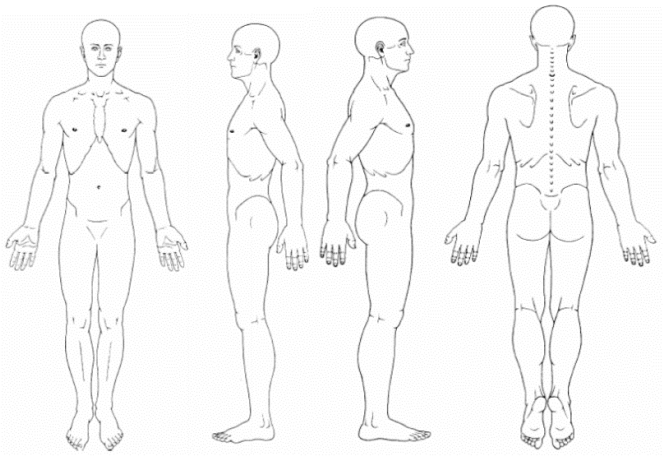
Bitte fülle diesen Fragebogen (soweit wie möglich) aus und bringe ihn zum ersten Behandlungstermin mit. Deine Angaben liefern wichtige Informationen für die Behandlung. Alle Angaben sind selbstverständlich streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Familienstand:
	Größe in cm:	Gewicht in kg:
Anschrift:	Telefon:	
E-Mail:	Beruf / Tätigkeit:	
Krankenkasse (freiwillig):	☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe	

2 Aktuelle Beschwerden

Was ist der Grund für Deinen Besuch? Welche Beschwerden hast Du?



Markiere in der Abbildung rechts bitte den genauen Schmerzort und die Fläche der evtl. Schmerzausstrahlung

Beurteile die Schmerzempfindung auf einer Skala von 1 bis 10

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

schwach (kaum spürbarer Schmerz) — mittel — sehr stark (stärkster vorstellbarer Schmerz)

Wie ist das Schmerzempfinden?

☐ ziehend ☐ bohrend ☐ brennend ☐ stechend ☐ klopfend ☐ dumpf ☐ drückend ☐ beengend
☐ reißend ☐ kolikartig ☐ krampfend

Anamnesebogen

Osteopathie · Entspannungs- und Massagetherapie · Psychologische Beratung

2 Aktuelle Beschwerden (Fortsetzung)

Seit wann hast Du die Schmerzen und wie haben sie sich seither verändert?

Wodurch wurden diese Schmerzen ausgelöst? (z.B. Sturz, (Auto-, Sport-)Unfall, sonstige Verletzungen, schwere Erkrankung etc.)

Hast Du Neben Schmerzen noch andere Beschwerden?

☐ Hautrötung ☐ Blässe ☐ Muskelschwäche ☐ Taubheitsgefühl ☐ Seh- und Hörstörung
☐ Schwindel ☐ Kribbeln ☐ Gangunsicherheit ☐ Ameisenlaufen ☐ Berührungsempfindlichkeit
☐ Schwellung ☐ Müdigkeit ☐ Schweißbildung ☐ Koordinationsstörung ☐ Bewegungseinschränkung

Wie oft hast Du die Schmerzen / Beschwerden?

☐ immer ☐ mehrmals am Tag ☐ wöchentlich ☐ seltener

Wann treten Deine Schmerzen / Beschwerden auf?

☐ morgens ☐ tagsüber ☐ abends ☐ nachts ☐ bei Belastung ☐ in Ruhe

Was verstärkt die Schmerzen / Beschwerden?

☐ Wärme ☐ Kälte ☐ Bewegung ☐ Ruhe ☐ Sonstiges: _____

Was lindert die Schmerzen / Beschwerden?

☐ Wärme ☐ Kälte ☐ Bewegung ☐ Ruhe ☐ Sonstiges: _____

Welche Therapiemaßnahmen sind bisher erfolgt und wie haben sie geholfen?

Gibt es diagnostische Bildgebung? ☐ Wenn ja, in welcher Form und von wann?

☐ Röntgen ☐ CT ☐ MRT (Kernspin) ☐ Szintigrafie Datum: _____

Bei wem warst oder bist Du mit den Beschwerden bisher in Behandlung (Ärztin/Arzt, Therapeutin/Therapeut)?
(Name, Anschrift)

Anamnesebogen

Osteopathie · Entspannungs- und Massagetherapie · Psychologische Beratung

3 Gesundheitsgeschichte und Vorerkrankungen

Bitte kreuze Zutreffendes an und ergänzen Sie gegebenenfalls:

Herz-/Kreislauf ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, niedriger Blutdruck

Lunge /Atmung ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)

Blutgefäße ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Gefäßverkalkungen wie Arteriosklerose, Thrombosen

Bluterkrankungen ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Blutarmut, Blutstillungsstörungen)

Magen-Darm-System ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Magenschleimhautentzündung, Verstopfung, Durchfall)

Leber/Gallenblase ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Hepatitis C, Gallensteine)

Uro-Genital-System ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündungen, Nierensteine, Prostata)

Nervensystem und Sinnesorgane ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Schlaganfall, Epilepsie; Migräne, Glaukom, Hörsturz)

Seele / Psyche: ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Burnout, Depression, Angst)

Knochen ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Brüche, Osteoporose, Implantate - Platten / Schrauben)

Wirbelsäule ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Verschleiß, Bandscheibenvorfälle, Arthrose, M. Bechterew)

Gelenke ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Arthrose, Gelenkersatz)

Autoimmunerkrankungen ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Rheuma, M. Basedow, M. Hashimoto)

Stoffwechsel und Hormone ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Gicht, Diabetes, Cholesterin, Schilddrüsenunterfunktion)

Krebs ☐ nein ☐ ja _____

Allergien ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Nahrungsmittel, Medikamente, Latex, Metall, Pflaster, Öle)

Ansteckende Krankheiten ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Hepatitis, HIV, SARS-CoV-2/COVID-19, tropische Erkrankungen)

Zähne und Kiefer ☐ nein ☐ ja _____
(z.B. Parodontose, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Implantate, Retainer, Knirschen)

Anamnesebogen

Osteopathie · Entspannungs- und Massagetherapie · Psychologische Beratung

3 Gesundheitsgeschichte und Vorerkrankungen - Fortsetzung

Gab es in Deiner Krankengeschichte (Sport-)Unfälle, Stürze, Kopfverletzungen, Brüche, sonstige Verletzungen, Operationen (auch in der Kindheit)?

Monat / Jahr	Art des Unfalls / der Verletzung / der OP	Zurückgebliebene Schäden / Narben

Gibt oder gab es bei Deinen Eltern oder nahen Verwandten chronische Erkrankungen?

4 Medikamente

Bitte Zutreffendes ankreuzen

☐ Keine ☐ Blutverdünner ☐ Blutdruckmittel ☐ Cholesterinsenker ☐ Insulin/Antidiabetika
☐ Kortison ☐ Schmerzmittel ☐ Herzmedikamente ☐ Psychopharmaka ☐ Osteoporose-Mittel
☐ Sonstige:_____
☐ Kürzlich abgesetzt: _____

5 Allgemeinbefinden

Leidest Du unter

☐ Schlafstörungen ☐ Konzentrationsschwäche ☐ Gereiztheit ☐ Leistungsabfall
☐ Unruhe ☐ Stimmungsschwankungen ☐ Angstgefühlen ☐ Überforderung
☐ dauerhaftem Stress ☐ Familienproblemen ☐ Arbeitsproblemen

Anmerkungen:_____

_____

Hast Du innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg zugenommen?	☐ nein	☐ ja
Hast Du innerhalb der letzten 12 Monate mehr als 5 kg abgenommen?	☐ nein	☐ ja
Hast Du auffallend großen Durst?	☐ nein	☐ ja
Fühlst Du Dich in letzter Zeit überwärmt?	☐ nein	☐ ja

Anamnesebogen

Osteopathie · Entspannungs- und Massagetherapie · Psychologische Beratung

6 Weitere allgemeine Fragen

Rauchst Du? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, wie viel? _____

Trinkst Du Alkohol? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, wie viel und wie häufig? _____

_____

Treibst Du Sport? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, welchen und wie häufig? _____

_____

Nimmst Du oder hast Du Drogen genommen? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

_____

7 Fragen zu Schwangerschaft, Zyklus und Hormonen

Hast Du Kinder? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, wie viele? _____

Wie hast Du entbunden? ☐ spontan ☐ Sectio ☐ PDA ☐ Steißlage ☐ Zangengeburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder nach der Geburt?
☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche? _____

Leidest Du unter Menstruationsbeschwerden, -schmerzen, unregelmäßigen Blutungen? ☐ nein ☐ ja

Leidest Du unter Wechseljahresbeschwerden? ☐ nein ☐ ja

Nimmst Du Hormone / die Pille? ☐ nein ☐ ja

Hast Du eine einliegende Spirale? ☐ nein ☐ ja

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, SSW?: _____

Besteht ein (unerfüllter) Kinderwunsch (freiwillig)? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, gibt es etwas, was Du gerne mitteilen möchtest? _____

8 Zum Schluss

Welches Ziel möchtest Du mit der osteopathischen und / oder der entspannungstherapeutischen Behandlung erreichen und woran würdest Du im Alltag merken, dass die Behandlung erfolgreich war?

Möchtest Du sonst noch etwas ergänzen? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, was?

Behandlungsvertrag

Osteopathie · Entspannungs- u. Massagetherapie · Psychologische Beratung

Behandlungsvertrag

zwischen der oben genannten Praxis für Osteopathie und Entspannungstherapie, Swantje Stöterau, Wriedsal 5, 25524 Heiligenstedten (nachfolgend „Praxis“), und

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum:_____

(nachfolgend „Patient/in“).

Bei Minderjährigen - Name, Vorname der/des Sorgeberechtigten:

_____

Anschrift (falls abweichend):

_____

Bei Minderjährigen wird der Behandlungsvertrag durch beide Sorgeberechtigten geschlossen. Sofern nur eine/einer der Sorgeberechtigten unterschreibt, erklärt diese/dieser zugleich, dass die/der andere Sorgeberechtigte dem Vertragsschluss zustimmt.

1 Gegenstand der Zusammenarbeit

Die Praxis bietet nach individueller Absprache Leistungen aus den Bereichen Osteopathie, Entspannungs- und Massagetherapie sowie psychologische Beratung einschließlich hypnotherapeutischer Interventionen an. Umfang, Ziel und Durchführung werden im vorausgehenden Anamnesegespräch abgestimmt. Eine Erfolgsgarantie wird nicht gegeben.

2 Aufklärung und Mitwirkung

Vor der jeweiligen Leistung werden Anliegen, mögliche Risiken, Grenzen und gegebenenfalls Kontraindikationen besprochen. Die Aufklärung erfolgt mündlich im persönlichen Gespräch. Der ausgefüllte Anamnesebogen und der Aufklärungsbogen dienen der Vorbereitung und ersetzen nicht das persönliche Aufklärungsgespräch. Die gesonderte Einwilligungserklärung befindet sich im Aufklärungsbogen. Änderungen des Gesundheitszustands, der Medikation oder neue Beschwerden sind mitzuteilen. Eine notwendige ärztliche oder psychotherapeutische Versorgung wird nicht ersetzt.

3 Vergütung und Termine

Für eine Behandlungssitzung wird in der Regel ein Zeitrahmen von 90 Minuten eingeplant. Das Honorar richtet sich nach Art und Umfang der Leistungen und beträgt durchschnittlich 129,00 € pro Sitzung. Die Abrechnung erfolgt in Anlehnung an das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH), soweit anwendbar. Die Behandlungskosten sind unabhängig von einer möglichen Erstattung durch Krankenversicherungen oder Beihilfestellen zu tragen. Art und Höhe einer möglichen Kostenerstattung richten sich nach den jeweiligen Versicherungsbedingungen. Eine vollständige Erstattung kann nicht zugesichert werden.

Behandlungsvertrag

Osteopathie · Entspannungs- u. Massagetherapie · Psychologische Beratung

3 Vergütung und Termine - Fortsetzung

Die Zahlung ist nach Rechnungsstellung binnen 14 Tagen per Überweisung fällig. Eine Terminabsage bis 24 Stunden vorher ist kostenfrei. Bei späterer Absage oder Nichterscheinen wird ein Ausfallhonorar in Höhe von 50,00 € fällig, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann. Der Patientin/dem Patienten bleibt der Nachweis vorbehalten, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.

4 Verschwiegenheit

Die Praxis verpflichtet sich vertraglich zur Verschwiegenheit über alle Gesundheitsdaten. Diese Verpflichtung gilt auch über das Vertragsende hinaus.

5 Erklärung und Einwilligung

☐ Ich bestätige, dass meine Angaben richtig und vollständig sind, und verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustands, meiner Medikation oder neue Beschwerden unverzüglich mitzuteilen.

☐ Ich willige freiwillig und ausdrücklich gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zu Behandlung, Dokumentation und Abrechnung ein. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Im Übrigen verweise ich auf die Datenschutzinformation.

☐ Ich entbinde die Praxis gegenüber den von mir nachfolgend benannten Ärztinnen/Ärzten/Psychotherapeutinnen/-therapeuten freiwillig von der Schweigepflicht:
Name/Anschrift:
_____

Die Einwilligung ist freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerruflich; die Behandlung hängt nicht von ihrer Erteilung ab.

Die Auswahl der Leistungen erfolgt in der gesonderten Einwilligungserklärung im Aufklärungsbogen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in bzw. Sorgeberechtigte/r: _____

Unterschrift zweite/r Sorgeberechtigte/r (bei Minderjährigen): _____

Unterschrift Praxis: _____

Verantwortliche

Swantje Stöterau, Praxis für Osteopathie und Entspannungstherapie, Wriedsal 5, 25524 Heiligenstedten,
E-Mail: info@swantjestoeterau.com, Telefon: 0151 – 70 88 50 77

Ganzheitlich. Integrativ.
Praxis für Osteopathie und Entspannungstherapie
Swantje Stöterau · Heilpraktikerin und Osteopathin

Datenschutzinformation für Patientinnen u. Patienten

1 Welche Daten verarbeite ich und wofür?

Für Terminbuchung, Patientenverwaltung und Behandlung verarbeitet die Praxis Stamm- und Kontaktdaten, Anamnese-, Gesundheits- und Behandlungsdaten sowie Angaben zur Kommunikation und Abrechnung. Die Verarbeitung dient der Vorbereitung und Durchführung des Behandlungsvertrags, der Dokumentation, Rechnungsstellung und Erfüllung gesetzlicher Pflichten. Alle Daten werden vertraulich behandelt; die Praxis verpflichtet sich zur Verschwiegenheit.

Rechtsgrundlagen sind Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO. Für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist die ausdrückliche Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO eine Rechtsgrundlage; daneben gelten Art. 9 Abs. 2 lit. h und Abs. 3 DSGVO in Verbindung mit der vertraglichen Verschwiegenheitspflicht.

2 Wie werden Deine Daten verarbeitet?

Online-Terminbuchung: Für die Online-Terminbuchung wird Cituro eingesetzt. Im Buchungsformular sind Vor- und Nachname, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer sowie Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort Pflichtangaben. Das Kommentarfeld ist freiwillig; bitte trage dort keine Gesundheitsdaten ein. Cituro ist mit der Praxissoftware NatuPrax verbunden. Folgende Daten werden zwischen Cituro und NatuPrax synchronisiert:

Patientenakte und Abrechnung: Ich dokumentiere Behandlungen und erstelle Rechnungen mit NatuPrax. Die elektronische Patientenakte wird lokal auf meinem Praxisrechner gespeichert; frühere Papierakten werden geschützt archiviert. Rechnungen versende ich grundsätzlich als passwortgeschützte PDF-Dateien per E-Mail.

Empfänger und Dienstleister: Cituro (Florian Heymel Consulting, Schertlinstraße 48, 86159 Augsburg, Deutschland) und NatuPrax (IQ Compusulting, Walter Landwehr und Partner GbR, Die Helle 13, 32816 Schieder-Schwalenberg, Deutschland, UStId.-Nr: DE124550093) werden als Auftragsverarbeiter nach Art. 28 DSGVO eingesetzt. Für die geschäftliche E-Mail-Kommunikation werden E-Mail-Dienste von Google (Google Workspace/Gmail) sowie ein über Rackspace Email bereitgestelltes E-Mail-Postfach genutzt. Die Verwaltung der zugehörigen Domains erfolgt über Wix beziehungsweise Jimdo.

Die Praxis gibt Daten nur weiter, soweit dies rechtlich zulässig oder durch eine erforderliche Einwilligung beziehungsweise Schweigepflichtentbindung gedeckt ist. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte zu Werbezwecken erfolgt nicht. Eine Verarbeitung außerhalb des EWR ist durch eingesetzte Dienstleister möglich. Weitere Informationen findest Du in der ausführlichen Datenschutzerklärung der Praxis.

3 Wie lange speichert die Praxis Deine Daten?

Behandlungsunterlagen bewahre ich grundsätzlich mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung auf, sofern keine längeren gesetzlichen Fristen gelten. Für Rechnungen und Geschäftsunterlagen gelten die jeweils einschlägigen Aufbewahrungsfristen. Andere Daten werden gelöscht, wenn sie nicht mehr erforderlich sind und keine Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

4 Welche Rechte hast Du?

Du hast nach den gesetzlichen Voraussetzungen Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, gegebenenfalls Datenübertragbarkeit und Widerspruch. Einwilligungen kannst Du mit Wirkung für die Zukunft widerrufen; die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

Datenschutzinformation für Patientinnen u. Patienten

4 Welche Rechte hast Du? - Fortsetzung

Für Fragen wende Dich an die Verantwortliche. Du kannst Dich außerdem beim Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD), Holstenstraße 98, 24103 Kiel, beschweren.

5 Sind die Angaben erforderlich?

Die für die Behandlung und deren Abrechnung notwendigen Angaben benötigt die Praxis zur fachgerechten Durchführung und Dokumentation. Ohne diese Angaben ist eine Behandlung gegebenenfalls nicht möglich. Angaben im Kommentarfeld der Onlinebuchung sind freiwillig; bitte trage dort keine Gesundheitsdaten ein.

6 Bestätigung der Kenntnisnahme

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die vorstehende Datenschutzinformation erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Ich bin darüber informiert, welche personenbezogenen Daten einschließlich meiner Gesundheitsdaten für die Terminverwaltung, Behandlung, Dokumentation und Abrechnung verarbeitet und gespeichert werden.

Die Aufklärung über Art, Durchführung, Risiken, Gegenanzeigen und Alternativen der einzelnen Leistungen erfolgt im persönlichen Gespräch und anhand des gesonderten Aufklärungsbogens.

Name: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Datenschutzinformation für Patientinnen u. Patienten