

ANAMNESEBOGEN

Faszientherapeutische Behandlung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor der ersten Behandlung vollständig und wahrheitsgemäß aus. Die Angaben helfen dabei, die Behandlung individuell und verantwortungsvoll auf Sie abzustimmen.

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

E-Mail

2. Gesundheitsangaben

Grund der Vorstellung

Was führt Sie heute zu mir? Was möchten Sie mit der Behandlung erreichen?

Aktuelle / akute Beschwerden

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Angaben

Schmerzen

☐ Nein

☐ Ja

Wo? / Seit wann? / Schmerzstärke aktuell (0 = keine, 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen)

Was beeinflusst die Beschwerden positiv oder negativ?

Chronische Erkrankungen

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Angaben

Operationen

☐ Nein

☐ Ja

Welche und wann?

Unfälle / Verletzungen / Stürze

☐ Nein

☐ Ja

Art und Zeitpunkt

Schwangerschaften und Geburtsverlauf

☐ Nein

☐ Ja

Anzahl der Schwangerschaften

☐ natürliche Geburt(en)

☐ Kaiserschnitt(e)

☐ Fehlgeburt(en)

☐ Schwangerschaftsabbruch / beendete Schwangerschaft(en)

☐ sonstige Besonderheiten

Nähere Angaben, soweit für die Behandlung relevant

Regelmäßig eingenommene Medikamente

☐ Nein

☐ Ja

Welche?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Angaben

Allergien / Unverträglichkeiten

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Angaben

Erkrankungen des Bewegungsapparates

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Angaben

Neurologische Erkrankungen

☐ Nein

☐ Ja, welche?

Angaben

Traumatische Ereignisse

☐ Nein

☐ Ja

Ggf. kurze Angaben - Sie müssen keine persönlichen Details nennen, die Sie nicht mitteilen möchten.

Sonstige Beschwerden / gesundheitliche Besonderheiten

3. Hinweise zur Behandlung

Die angebotene faszienorientierte Behandlung dient der Förderung des allgemeinen Wohlbefindens sowie der Unterstützung von Entspannungs-, Körperwahrnehmungs- und Regenerationsprozessen.

Sie stellt keine medizinische Behandlung, Physiotherapie oder ärztliche Behandlung dar und ersetzt eine solche nicht. Im Rahmen der Behandlung werden keine medizinischen Diagnosen gestellt. Es werden keine Heilversprechen abgegeben und es wird nicht behauptet, Krankheiten oder Beschwerden medizinisch zu behandeln oder zu heilen.

Bei bestehenden Erkrankungen, akuten, neu auftretenden oder unklaren Beschwerden sollte vor der Behandlung ärztlicher Rat eingeholt werden. Sollte sich während der Behandlung ein Hinweis auf eine möglicherweise medizinisch abklärungsbedürftige Situation ergeben, kann empfohlen werden, die Beschwerden ärztlich abklären zu lassen.

4. Mitwirkung und Angaben des Klienten

☐ Ich bestätige die vollständige und wahrheitsgemäße Angabe meiner Gesundheitsinformationen.

☐ Bei akuten, starken, neu aufgetretenen oder unklaren Beschwerden werde ich gegebenenfalls vorab ärztlichen Rat einholen.

☐ Ich werde wesentliche Änderungen meines Gesundheitszustandes vor weiteren Behandlungen mitteilen.

5. Haftungshinweis

Die Behandlung erfolgt auf eigenen Wunsch und nach bestem Wissen und Gewissen im Rahmen der vereinbarten faszienorientierten Körperarbeit. Ich wurde darüber informiert, dass körperorientierte Anwendungen, insbesondere bei bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen, in Einzelfällen unerwünschte Reaktionen oder Beschwerden auslösen können.

Ich werde während der Behandlung auftretende Schmerzen, Unwohlsein, Schwindel, Übelkeit oder andere ungewöhnliche Reaktionen unverzüglich mitteilen, damit die Behandlung angepasst oder beendet werden kann.

Die Behandlung ersetzt keine notwendige ärztliche, psychotherapeutische oder sonstige medizinische Untersuchung oder Behandlung.

Die Haftung für Schäden, die auf vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten beruhen, sowie für Schäden aus der Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit bleibt unberührt. Eine pauschale Haftungsfreistellung für sämtliche möglichen Schäden wird ausdrücklich nicht vereinbart.

6. Einwilligung in die Behandlung

Ich wurde über Art, Ziel und Charakter der faszienorientierten Behandlung sowie über die oben genannten Hinweise informiert. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen, und kann jederzeit mitteilen, wenn ich eine Behandlungspause oder einen Abbruch wünsche.

☐ Ich habe die Hinweise zur Behandlung gelesen und verstanden. ☐ Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

☐ Ich willige freiwillig in die Behandlung ein.

Ort, Datum

Unterschrift Klient/in

Unterschrift Behandler/in

7. Datenschutzhinweise und Einwilligung

Die im Rahmen der Anamnese erhobenen personenbezogenen Daten und insbesondere die Angaben zum Gesundheitszustand werden ausschließlich erhoben und verarbeitet, soweit dies für die Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation der vereinbarten Behandlung sowie zur Kommunikation im Zusammenhang mit der Behandlung erforderlich ist.

Gesundheitsangaben gehören zu den besonders geschützten personenbezogenen Daten. Sie werden vertraulich behandelt und nicht ohne entsprechende Rechtsgrundlage bzw. Einwilligung an Dritte weitergegeben.

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt nach Maßgabe der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Weitere Informationen zu Verantwortlichem, Zweck und Rechtsgrundlage der Verarbeitung, Speicherdauer, Empfängern, Betroffenenrechten und gegebenenfalls eingesetzten Auftragsverarbeitern sind der separaten Datenschutzerklärung zu entnehmen.

Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Ich willige ausdrücklich ein, dass meine im Rahmen der Anamnese angegebenen Gesundheitsdaten zum Zweck der Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation meiner faszienorientierten Behandlung verarbeitet werden. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich eine erteilte Einwilligung grundsätzlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt davon unberührt.

☐ Ich willige in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zu den oben genannten Zwecken ein.

Ort, Datum

Unterschrift Klient/in

. Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Informationen gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und erkläre mich mit der beschriebenen Behandlung sowie - soweit angekreuzt - mit der Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten einverstanden.

Name

Ort, Datum

Unterschrift

Für die Praxis

Behandler/in

Praxis / Anschrift

Telefon / E-Mail

Datum der Erstaufnahme

Besondere Hinweise für die Behandlung
