



Schönbornstr. 10 - D - 97980 Bad Mergentheim - Tel.: 07931/549351 - Fax: 07931/549350

Patienten-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Datum: _____

Wir möchten mit Ihnen und für Sie, die optimale Behandlung herausfinden. Dazu müssen wir möglichst viel über Ihre Erkrankungen wissen. Deshalb nehmen Sie sich bitte die Zeit, den Bogen sorgfältig auszufüllen.

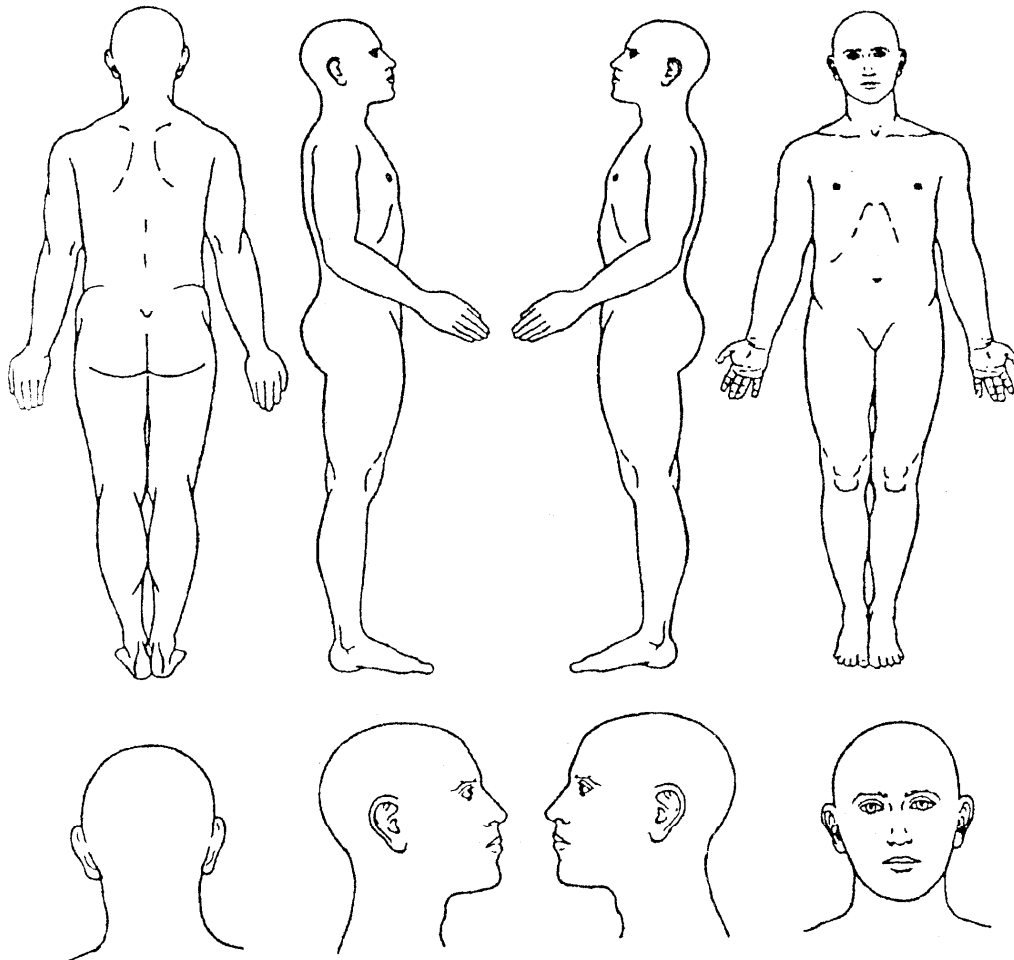
Nachname: _____ Vorname: _____ Geb. am _____

Wohnort: _____ Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse _____ Zusatzvers Chefarzt. Größe: _____ cm. Gewicht: _____ kg

• **Zeichnen Sie bitte in das Körperschemata alle Schmerzen ein.**

Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken), kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung können Sie mit Pfeilen (↔) markieren. Sie dürfen gerne auch Farben benutzen.



Alles Folgende bezieht sich auf Ihre Hauptschmerzen!

• **Wo haben Sie Ihren Hauptschmerz?** _____

• **Strahlt der Hauptschmerz aus? Wohin?** _____

• **Wann haben die Hauptschmerzen begonnen?** _____

• **Welche Eigenschaften hat Ihr Hauptschmerz?** ziehend , reißend , stechend ,
bohrend , brennend , schneidend , pochend , klopfend , drückend ,
dumpf , juckend , oberflächlich , tief , quälend , zermürend , mörderisch ,
eigene Beschreibung: _____

• **Zwischen welchen Schmerzstärken** bewegte sich **Ihr Hauptschmerz** in den letzten 4 Wochen auf einer Skala von 0 – 10 ? (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

_____ bis _____. Durchschnittliche Schmerzstärke: _____

• Wie **oft** trat der Schmerz in den letzten 4 Wochen durchschnittlich auf?

maximal 1 x tgl. mehrmals tgl. dauernd

• Wie **lange** hielt der Schmerz in den letzten 4 Wochen durchschnittlich an?

maximal einige Stunden bis 1 Woche mehr als 1 Woche oder dauernd

• Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzphänomenen oder Anfällen **unterschiedlicher Stärke?** (d.h. wechseln die Schmerzen zwischen leichten, mäßigen und starken Schmerzen)

mindestens 2x/ Woche seltener als 2x/ Woche nie (Schmerzstärke immer gleich)

• Haben Sie irgendwo am Körper ein **Taubheitsgefühl, Gefühllosigkeit oder Kribbeln?**

nein ja , wo? _____

• Haben Sie irgendwo am Körper eine **Muskelschwäche oder Lähmung?**

nein ja , wo? _____

• Was **verschlimmert** den Hauptschmerz?

Sitzen , Stehen , Gehen , Liegen , Kälte , Wärme , Stress , Ruhe , Menstruation ,
Ärger , Angst , leichte Berührung , Wetterwechsel , Husten , _____

• Was **lindert** den Hauptschmerz?

leichte Bewegung , Lagewechsel , Liegen , Kälte , Wärme , Ablenkung , Entspannung ,
positives Denken , körperliche Anstrengung , _____

Sonstige Schmerzen

- An welchen **Körperstellen** litten Sie außerdem in den letzten 4 Wochen unter Schmerzen?

- Wie viele **Schmerzbilder** können Sie insgesamt unterscheiden? _____

- **Welche weiteren Körperteile tun weh?**

Bitte geben Sie jeweils Ort, Ausstrahlung, Schmerzeigenschaften, Schmerzstärke und schmerzverändernde Faktoren wie bei den Hauptschmerzen an:

| Wo haben Sie noch Schmerzen? | Schmerzeigenschaften z.B. ziehend, brennend | Schmerzstärke (0 - 10) | Schmerzverstärkung (↑) Schmerzlinderung (↓) durch |
|--|--|---------------------------|---|
| | | | |

Verlauf

- Wurden **Operationen** wegen der Hauptschmerzen oder Nebenschmerzen durchgeführt?

Welche?

Wann?

Waren die Schmerzen danach besser oder schlechter?

- Gab es irgendwelche **besonderen Ereignisse**, die Ihre Schmerzen beeinflusst haben (z.B. schmerzfreie Zeiten, Veränderungen der Beschwerden o.ä.)? Beschreiben Sie den Verlauf.

Zusätzliche Beschwerden

(Bitte unterstreichen Sie das zutreffende Wort)

| | stark | mäßig | kaum |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schwächegefühl, Mattigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benommenheit, Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals, Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stiche, Schmerzen, Ziehen in der Brust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Druck oder Völlegefühl im Leib | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sodbrennen oder saures Aufstoßen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstopfung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Darmkrämpfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Störungen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Innere Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermehrte Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermehrte Grübelei, Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Potenzstörungen, sexuelle Lustlosigkeit, Erektionsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwindel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starkes Schwitzen, Schweißausbrüche, Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schweregefühl und Müdigkeit in den Beinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohrgeräusche, Tinnitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• Wie viele **Stunden schlafen** Sie pro Nacht? _____

• Wie oft **wachen sie nachts auf**? _____

• Haben Sie noch **andere Erkrankungen**?

(z.B. Herzerkrankungen, Lungenerkrankungen, Magen-/ Darmkrankheiten, Leber-/ Nieren-/ Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, Diabetes, hoher Blutdruck, grüner Star, seelische Krankheiten, Allergien)

• **Risikofaktoren:**

Nikotin , Alkoholkonsum , Übergewicht , Bewegungsmangel , Drogen ,
Medikamentenübergebrauch | , Sonstige: _____

Eingeschränkte Tätigkeiten:

Ich kann _____ Min. d.h. ohne erhebliche Schmerzverstärkung gehen.

Ich kann _____ Min. d.h. ohne erhebliche Schmerzverstärkung sitzen.

Ich kann _____ Min. d.h. ohne erhebliche Schmerzverstärkung stehen

| | problemlos | erschwert | Hilfe notwendig | nicht möglich |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Antrieb (z. B. morgens aufstehen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konzentration, klares Denken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit Stress | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schreiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikation (Sprechen, Sehen, Hören, Telefonieren) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen, Laufen, Einkaufen gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bücken, vorn über gebeugtes Arbeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen von Taschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hand-/Armgebrauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überkopfarbeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Feinere Handarbeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperpflege, sich Waschen, Duschen usw. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- und Entkleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mahlzeiten vorbereiten, Essen, Trinken, Kochen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Putzen, Wäsche machen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit anderen Menschen, Freunde besuchen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ihre Hobbys ausführen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veranstaltungen besuchen, z.B. Konzerte o.ä. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auto fahren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Einschränkungen: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• Die **Funktionsbeeinträchtigungen** haben sich **in den letzten 2 Jahren**

gebessert verschlechtert sind unverändert geblieben

• Sind **neue Funktionsbeeinträchtigungen** aufgetreten?

nein ja

seit _____

Falls **ja**, welche? _____

- Was bedeutet die Beeinträchtigung durch die Schmerzen für Ihren **Tagesablauf**?
(z. B. oft Pausen machen, oft hinlegen o.ä.)
-

- Befürchten Sie **Einschränkungen Ihrer Selbstversorgungsfähigkeit**?
Sind Sie bereits abhängig von der Hilfe anderer Menschen?
-

- Welche **Umstände/ Menschen helfen** Ihnen, mit Ihren Einschränkungen besser umzugehen?
-

- **Welche Umstände erschweren** Ihren Umgang mit den Schmerzen und Einschränkungen?

Im häuslichen Umfeld: _____

Im beruflichen Umfeld: _____

Psychische und soziale Belastungen:

| | <u>stimmt</u> | <u>genau</u> | <u>etwas</u> | <u>nicht</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich empfinde meinen Arbeitsplatz als körperlich stark belastend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich empfinde meinen Arbeitsplatz als seelisch stark belastend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Das Verhältnis zu meinen Kollegen / Vorgesetzten ist getrübt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich weiß nicht, wie es beruflich weitergehen soll | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter erheblichen finanziellen Belastungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter Konflikten mit meinem Partner/- in | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter Konflikten mit anderen Familienmitgliedern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter Konflikten im Freundeskreis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe außerhalb meiner Schmerzerkrankung weitere erhebliche körperliche oder seelische Erkrankungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? _____ | | | | |
| Ich habe keine befriedigenden Freizeitaktivitäten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter dem Verlust eines Angehörigen/Bezugsperson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wer ist das und seit wann? _____ | | | | |
| Ich pflege schwer kranke Angehörige. Wen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide noch unter einem früheren schlimmen Ereignis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unter welchem? _____ | | | | |
| Ich leide unter Vereinsamung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Belastungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bisher durchgeführte Therapien:

- Alle in den letzten 4 Wochen eingenommenen **Medikamente** (nicht nur Schmerzmittel):

| Medikament | Art | Dosierung | Wirkung | Nebenwirkungen? Allergie? |
|--------------------------|-------------------------|--------------|--|-----------------------------------|
| <i>Beisp.: Ibuprofen</i> | <i>Tabl. 200mg</i> | <i>1-1-1</i> | <i>Deutliche. Schmerzlinderung</i> | <i>Leichte Magenschmerzen</i> |
| <i>Beisp.: Beloc Zok</i> | <i>Tabl. 100 mg</i> | <i>0-0-1</i> | <i>Blutdrucksenkung</i> | <i>keine</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- Alle früher eingenommenen **Schmerzmedikamente:**

| Medikament | Art | Höchste Dosierung | Wirkung | Nebenwirkungen? Allergie? |
|-------------------------|------------------------|-----------------------|--|---|
| <i>Beisp.: Tegretal</i> | <i>Tabl. 300mg</i> | <i>bis zu 4x tgl.</i> | <i>Deutliche. Schmerzlinderung</i> | <i>Übelkeit, Schwindel, Ausschlag</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- Wurden bereits **spezielle Nervenblockaden** durchgeführt? nein ja _____

- **Benutzen Sie Hilfsmittel** (z.B. Rollstuhl, Gehstock, Badewannenlifter, Anziehhilfe)?

- Welche **Facharzttrichtungen** haben Sie wegen Ihrer Schmerzen bereits aufgesucht?
z.B. Orthopäde, HNO-Arzt, Neurologe, etc.

• Kreuzen Sie bitte alle schon einmal wegen den **Schmerzen** in den letzten 12 Monaten **durchgeführten Therapien** an:

| | <u>wie oft in den letzten 12 Monaten</u> ↓ | Erfolg | Teilerfolg | kein Erfolg |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Schmerzspritzen ins Gesäß | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TLA | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Morphin-Pumpe | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamentenentzug | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Akupunktur | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chirotherapie (Manuelle Medizin) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypnose | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenschulung | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ernährungsberatung | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TENS-Gerät | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychotherapie (Einzelgespräche) | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entspannungsverfahren | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Biofeedback | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ergotherapie | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontakt zu Selbsthilfegruppen | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rehabilitationstraining/Funktionstraining | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <u>Anzahl der Heilmittel in den letzten</u> | 6 Monate | 12 Monate | | | |
|---|-----------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Massagen, Lymphdrainagen | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| KG/ Manuelle Therapie | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elektrotherapie | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wärme- oder Kältetherapie | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heilmittelkombis(z.B. KG+Wärme) | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Andere Maßnahmen: _____

• Haben Sie wegen nicht erfolgreicher Behandlung Ihrer Schmerzen jemals Ihren **Hausarzt bzw. Ihren persönlichen Arzt gewechselt?** nein > ja > _____ Mal

- Wurden Sie wegen der Schmerzen bereits stationär im **Krankenhaus** behandelt?

Wo:

Fachrichtung:

Jahr:

- Waren Sie wegen der Schmerzen jemals in einer **Kur** oder in einer **stationären Rehabilitation**?

Wo:

Fachrichtung:

Jahr:

- Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine **ambulante Badekur** oder eine **ambulante Rehabilitationsmaßnahmen** durchgeführt?

Wo:

Fachrichtung:

Jahr:

- **Welche Ziele** würden Sie gerne erreichen?

- Schmerzlinderung oder -freiheit
- Medikamente reduzieren
- besser schlafen können
- besser gehen können
- länger stehen können
- länger sitzen können
- mich wieder besser selber versorgen zu können
- den Haushalt wieder besser führen zu können
- wieder Freunde und Veranstaltungen besuchen zu können
- mich psychisch wieder besser fühlen
- mehr über die Schmerzkrankheit erfahren
- besser mit Schmerzen umgehen lernen
- Eigenübungsprogramm erlernen (Gymnastik, Entspannung, Akupressur etc.)
- wieder arbeitsfähig werden
- Rente bekommen
- _____

- Kommt eine **stationäre Schmerztherapie** für Sie grundsätzlich in Frage?

ja nein , warum? _____

- Könnten Sie mit **öffentlichen Verkehrsmitteln** nach Bad Mergentheim fahren?

ja nein , warum? _____

Sozialmedizinische Anamnese:

• In welchem Land sind Sie geboren? _____

• Seit wann leben Sie in Deutschland? _____

ledig verh. feste Partnerschaft geschieden verwitwet

• Haben Sie **Kinder**? wenn ja, geben Sie bitte Geschlecht (w oder m) und Alter an:

• **Ich lebe** allein mit (Ehe-)partner-/ in mit/ bei Kindern

betreutes Wohnen in einer Pflegeeinrichtung

• Beziehen Sie **Hilfen bei der häuslichen Versorgung** (z.B. Essen auf Rädern, Diakonie, Sozialstation, Nachbarschaftshilfe)?

ja Welche? _____

• Beziehen Sie Leistungen aus der **Pflegeversicherung**?

nein Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

• Wurde ein **Antrag auf Pflegebedürftigkeit** gestellt?

ja nein

• **Zuständige Rentenversicherung:** _____
z.B. (RV-Bund oder RV-Baden Württemberg)

Anschrift: _____

→ Rentenversicherungs-Nr: _____

• **Zuständige Krankenkasse:** _____ Telefonnr: _____

Anschrift: _____ Sachbearbeiter: _____

• Jetzt bzw. **zuletzt ausgeübter Beruf:** _____

Berufstätig Arbeitslos seit _____ Hausfrau/ -mann

Momentan **krankgeschrieben** seit _____ bis _____

Erwerbsunfähigkeitsrente seit _____ auf Zeit / auf Dauer.

Altersrente seit _____ **Unfallrente (MdE):** _____ % seit _____

Haben Sie Prozente beim Versorgungsamt (**GdB**) oder einen Schwerbehinderten-Ausweis?

nein ja , _____ Grad Zusatzzeichen: _____

Laufen **Anträge oder Gerichtsverfahren** zur Erlangung der oben genannten Leistungen (z.B. Pflegeversicherung oder EU-Rente)?

ja Welche? _____

Bitte füllen Sie die folgende **Arbeitsanamnese** nur aus, wenn Sie berufstätig, arbeitslos sind oder eine Rente auf Zeit bekommen!
Alle Angaben beziehen sich auf die jetzige bzw. letzte berufliche Tätigkeit.

• **Arbeitsstellenbezeichnung:** _____

Name der Firma, bei der Sie angestellt sind: _____

Kurze Beschreibung der Arbeitsaufgaben: _____

• **Arbeitszeit** wöchentlich _____ Std., tägl. von _____ bis _____

Bereitschaftsdienst ja nein

Schichtdienst ja nein

Innendienst _____ % der Arbeitszeit

Außendienst _____ % der Arbeitszeit

Sitzende Tätigkeit _____ % der Arbeitszeit

Stehende Tätigkeit _____ % der Arbeitszeit

• **Besondere Anforderungen:**

Unbequeme Haltungen (z.B. knien, bücken o.ä.)

Hohe Verantwortung für Personen und /oder Sachen

Hohe Konzentration und Aufmerksamkeit

Starker Termin- und Zeitdruck

Konfliktsituationen am Arbeitsplatz

Viel Publikumsverkehr

Starke Lärmbelastigung

Hitze – Kälte – Belastungen

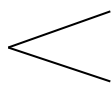
Arbeit unter freiem Himmel

Hohe Staubbelastung

• **Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?**

_____ Tage / Wochen / Monate (zutreffendes bitte unterstreichen)

Haben Sie **Arbeitsversuche bzw. den Versuch einer stufenweisen Wiedereingliederung in den letzten 18 Monaten** unternommen?

nein ja  Im Zeitraum von: _____ bis _____
 mit Erfolg ohne Erfolg

• **Sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz zufrieden?**

sehr mäßig nein

• **Welche Einschränkungen** haben Sie im Berufsleben durch Ihre Schmerzen?

• Droht Ihnen eine **Kündigung?** ja nein

• Sehen Sie selbst die Gefahr, einer **Arbeitsunfähig- bzw. Erwerbsunfähigkeit** vor der Altersrente? ja nein

Beeinträchtigung Ihres Lebens durch die Schmerzen:

Wie sehr hindern Sie die Schmerzen daran, ein normales Leben zu führen?

Kreuzen Sie bitte die Zahl an, die die für Sie typische Stärke der Behinderung durch Ihre Schmerzen (alle, nicht nur Hauptschmerz) beschreibt.

Ein Wert von 0 bedeutet dabei überhaupt keine Behinderung und ein Wert von 10 gibt an, dass Sie in diesem Bereich durch die Schmerzen völlig beeinträchtigt sind.

Familiäre und häusliche Verpflichtungen

(dieser Bereich bezieht sich auf Tätigkeiten, die das Zuhause oder die Familie betreffen. Er umfasst Hausarbeit und Tätigkeiten rund um das Haus bzw. die Wohnung, auch Gartenarbeiten)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Erholung (dieser Bereich umfasst Hobbys, Sport und Freizeitaktivitäten)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Soziale Aktivitäten

(dieser Bereich bezieht sich auf das Zusammensein mit Freunden und Bekannten, wie z.B. Feste, Theater- und Konzertbesuche, Essen gehen und andere soziale Aktivitäten)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Beruf

(dieser Bereich bezieht sich auf Aktivitäten, die ein Teil des Berufes sind oder unmittelbar mit dem Beruf zu tun haben; gemeint sind auch Hausfrauen(-männer-) Tätigkeiten)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Sexualleben

(dieser Bereich bezieht sich auf die Häufigkeit und die Qualität des Sexuallebens)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Selbstversorgung

(dieser Bereich umfasst Aktivitäten, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag ermöglichen, wie z.B. sich waschen und anziehen, Autofahren, ohne dabei auf fremde Hilfe angewiesen zu sein)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Lebensnotwendige Tätigkeiten

(dieser Bereich bezieht sich auf absolut lebensnotwendige Tätigkeiten wie essen, schlafen und atmen)

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine völlige
Beeinträchtigung Beeinträchtigung

Schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung

Im folgenden Teil sind einige Gefühle und Gedanken aufgeführt, die Menschen haben, wenn sie unter Schmerzen leiden. Bitte geben Sie an, inwiefern diese Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

Bei jeder Aussage haben Sie 6 Antwortmöglichkeiten:

6 = *stimmt vollkommen*

5 = *stimmt weitgehend*

4 = *stimmt ein wenig*

3 = *stimmt eher nicht*

2 = *stimmt weitgehend nicht*

1 = *stimmt überhaupt nicht*

**BEZIEHEN SIE SICH BEI DER BEANTWORTUNG BITTE AUF
IHRE TYPISCHEN SCHMERZEN IN DEN LETZTEN TAGEN.**

Bitte machen Sie ein Kreuz auf die Zahl, die für Sie persönlich am besten zutrifft. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

(Wenn eine Aussage für Sie nicht zutrifft, überspringen Sie diese Zeile nicht, sondern kreuzen Sie eine 1 an)

| | Stimmt voll- kommen | | | | Stimmt gar nicht |
|--|---------------------------|---|---|---|------------------------|
| 1. Wegen meiner Schmerzen bin ich zurückgezogen und von allen isoliert. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 2. Wegen meiner Schmerzen fühle ich mich hilflos. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 3. Wegen meiner Schmerzen bin ich oft niedergeschlagen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 4. Wegen meiner Schmerzen fühle ich mich dem Leben und seinen Schwierigkeiten manchmal nicht mehr gewachsen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 5. Wegen meiner Schmerzen fühle ich mich leer und ausgelaugt. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 6. Wegen meiner Schmerzen fürchte ich mich mehr als früher davor, was noch alles auf mich zukommen könnte. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 7. Wegen meiner Schmerzen bin ich verängstigt. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 8. Wegen meiner Schmerzen gehen mir oft unwichtige Gedanken durch den Kopf und beunruhigen mich. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 9. Wegen meiner Schmerzen bin ich oft unruhig. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 10. Wegen meiner Schmerzen bin ich oft wütend. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 11. Wegen meiner Schmerzen bin ich verärgert. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 12. Wegen meiner Schmerzen fahre ich leicht aus der Haut. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 13. Wegen meiner Schmerzen habe ich oft Lust, mich abzureagieren. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |
| 14. Wegen meiner Schmerzen könnte ich vor Wut manchmal schreien. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 1 |

Schmerzbewältigung

Im folgenden Teil sind einige Möglichkeiten aufgeführt, Schmerzen zu kontrollieren bzw. etwas gegen die Schmerzen zu tun. Bitte geben Sie an, inwiefern diese Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

Bei jeder Aussage haben Sie wieder 6 Antwortmöglichkeiten:

- 6 = *stimmt vollkommen*
- 5 = *stimmt weitgehend*
- 4 = *stimmt ein wenig*
- 3 = *stimmt eher nicht*
- 2 = *stimmt weitgehend nicht*
- 1 = *stimmt überhaupt nicht*

**BEZIEHEN SIE SICH BEI DER BEANTWORTUNG BITTE AUF
IHRE TYPISCHEN SCHMERZEN IN DEN LETZTEN TAGEN.**

Bitte machen Sie ein Kreuz auf die Zahl, die für Sie persönlich am besten zutrifft. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

(Wenn eine Aussage für Sie nicht zutrifft, überspringen Sie diese Zeile nicht, sondern kreuzen Sie eine 1 an)

| Teil A | Stimmt voll- kommen | | | | | | Stimmt überhaupt nicht |
|--|------------------------|---|---|---|---|---|------------------------------|
| 1. Wenn ich Schmerzen habe, habe ich einen Plan, wie ich vorgehe. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 2. Wenn ich Schmerzen habe, erinnere ich mich an das, was ich mir für einen solchen Fall vorgenommen hatte. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 3. Wenn die Schmerzen stärker werden, treffe ich Vorbereitungen, um sie besser aushalten zu können. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 4. Wenn ich Schmerzen habe, habe ich meist eine Anzahl von Möglichkeiten parat, sie zu bekämpfen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 5. Wenn ich Schmerzen habe, wäge ich sie gegen die guten Seiten des Lebens ab. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 6. Wenn ich Schmerzen habe, sage ich mir, dass ich viel besser damit zurecht komme als früher. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 7. Wenn ich Schmerzen habe, sehe ich ein, dass ich mich mit ihnen arrangieren muss. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 8. Wenn ich Schmerzen habe, sage ich mir „durch die Schmerzen lerne ich erst richtig, die schmerzfreien Zeiten zu genießen.“ | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 9. Wenn ich Schmerzen habe, bin ich mir sicher, dass ich es schaffen werde. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 10. Wenn ich Schmerzen habe, gebe ich nicht auf. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 11. Wenn ich Schmerzen habe, habe ich trotzdem das Gefühl, sie zu beherrschen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 12. Wenn ich Schmerzen habe, klopfte ich mir innerlich auf die Schulter, weil ich mich nicht habe unterkriegen lassen. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |

Teil B

| | Stimmt voll- kommen | | | | Stimmt überhaupt nicht | |
|--|------------------------|---|---|---|------------------------------|---|
| 13. Wenn ich Schmerzen habe, lenke ich mich durch das Hören schöner Musik ab. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. Wenn ich Schmerzen habe, lese ich etwas Schönes/Spannendes. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. Wenn ich Schmerzen habe, blättere ich in Illustrierten. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. Wenn ich Schmerzen habe, schaue ich Fernsehen oder Video. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Wenn ich Schmerzen habe, wende ich eine Entspannungstechnik an (z.B. Autogenes Training, Muskelentspannungstraining). | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. Wenn ich Schmerzen habe, denke ich an entspannende Worte wie „Ruhe“. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. Wenn ich Schmerzen habe, konzentriere ich mich auf einen ruhigen und gleichmäßigen Atem. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. Wenn ich Schmerzen habe, wandele ich sie im Geiste in eine andere Empfindung um, z.B. angenehme Wärme oder angenehme Kühle. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. Wenn ich Schmerzen habe, lenke ich mich durch Tätigkeiten in Haus oder Garten ab. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. Wenn ich Schmerzen habe, überdecke ich sie, indem ich einfach mit meiner Arbeit weiter mache. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23. Wenn ich Schmerzen habe, stürze ich mich in die Arbeit. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24. Wenn ich Schmerzen habe, beteilige ich mich aktiv an geselligen Runden bzw. suche den Kontakt zu Menschen, um mich abzulenken. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie alles beantwortet haben.

Korff - Index

1. An ungefähr wie **vielen Tagen** konnten sie in den letzten drei Monaten aufgrund Ihrer Schmerzen Ihren **üblichen Beschäftigungen** (*Beruf, Schule/Studium, Hausarbeit*) nicht nachgehen?

_____Tage

2. Wie würden Sie ihre Schmerzen, wie sie **in diesem Augenblick** sind, einstufen?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine stärkster
Schmerzen vorstellbarer Schmerz

3. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie Ihre **stärksten Schmerzen** einstufen?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine stärkster
Schmerzen vorstellbarer Schmerz

4. Wenn Sie an die Tage denken, an denen Sie in den letzten drei Monaten Schmerzen hatten, wie würden Sie die **durchschnittliche Stärke** der Schmerzen einstufen?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine stärkster
Schmerzen vorstellbarer Schmerz

5. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen, etc.) beeinträchtigt?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
Keine Ich war außerstande,
Beeinträchtigung irgendetwas zu tun

6. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmen in **Familien- und Freundeskreis** beeinträchtigt?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine Ich war außerstande,
Beeinträchtigung irgendetwas zu tun

7. In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
keine Ich war außerstande,
Beeinträchtigung irgendetwas zu tun

Barthel-Index

Der Barthel-Index ist ein Verfahren zur systematischen Erfassung (Assessment) grundlegender Alltagsfunktion

| Funktionen | Punkte |
|---|---------------|
| Essen | |
| Unfähig, alleine zu essen | 0 |
| Braucht etwas Hilfe, z. B. beim Fleisch schneiden oder Butter auftragen | 5 |
| Selbstständig, benötigt keine Hilfe | 10 |
| Baden | |
| Abhängig von fremder Hilfe | 0 |
| Selbstständig, benötigt keine Hilfe | 5 |
| Körperpflege (Rasieren, Kämmen, Zähneputzen) | |
| Abhängig von fremder Hilfe | 0 |
| Selbstständig, benötigt keine Hilfe | 5 |
| An- und Auskleiden | |
| Unfähig sich alleine an- und auszuziehen | 0 |
| Braucht etwas Hilfe, kann aber ca. 50% allein durchführen | 5 |
| Selbstständig, benötigt keine Hilfe | 10 |
| Stuhlkontrolle | |
| Inkontinent | 0 |
| Gelegentlich inkontinent (max. 1 x pro Woche) | 5 |
| Ständig kontinent | 10 |
| Urinkontrolle | |
| Inkontinent | 0 |
| Gelegentlich inkontinent (max. 1 x pro Woche) | 5 |
| Ständig kontinent | 10 |
| Toilettenbenutzung | |
| Abhängig von fremder Hilfe | 0 |
| Benötigt Hilfe wegen fehlender Gleichgewichts oder beim Ausziehen | 5 |
| Selbstständig, benötigt keine Hilfe | 10 |
| Bett- bzw. Stuhltransfer | |
| Abhängig von fremder Hilfe, fehlende Sitzbalance | 0 |
| Erhebliche physische Hilfe beim Transfer erforderlich, Sitzen selbstständig | 5 |
| Geringe physische bzw. verbale Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich | 10 |
| Selbstständig, benötigt keine Hilfe | 15 |

Mobilität

| | |
|---|----|
| Immobil bzw. Strecke < 50 m | 0 |
| Unabhängig im Rollstuhl , incl. Ecken, Strecke > 50 m | 5 |
| Unterstütztes Gehen möglich, Strecke > 50 m | 10 |
| Selbstständiges Gehen möglich (Hilfsmittel erlaubt), Strecke > 50 m | 15 |

Treppensteigen

| | |
|---|----|
| Unfähig, alleine Treppen zu steigen | 0 |
| Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen | 5 |
| Selbstständiges Treppensteigen möglich | 10 |

Bitte senden Sie alle

wichtigen Befunde in Kopie mit.

Vielen Dank für Ihre Geduld und Ihre Sorgfalt.

Ich freue mich auf Ihr Kommen.

Dr. Univ. Padua Martin Krumbeck

Wichtiger Hinweis zur Datensicherheit:

Ihre Daten und Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Der schmerztherapeutische Bericht wird ohne zusätzliche Schweigepflichtsentbindung nur an Sie und den überweisenden bzw. den von Ihnen angegebenen Arzt übersandt. Bitte geben Sie bei unserer Rezeption Bescheid, wenn Sie ein anderes Vorgehen wünschen.

Falls ein Kostenübernahmeantrag für eine stationäre Behandlung an die Krankenkassen gestellt wird, beinhaltet der Antrag auch Ihre medizinischen Daten. Die Krankenkassen sind gesetzlich angehalten, die Daten nur vom ärztlichen Dienst prüfen zu lassen.

Wenn Sie einverstanden sind, übersenden wir Ihre Kontaktdaten auch an die Verwaltung des Schmerztherapiezentrum Bad Mergentheim. Diese unterstützt den Kostenübernahmeprozess und steht Ihnen für Fragen zur Verfügung.

Ich bin mit der Übersendung meiner Kontaktdaten und Informationen über die Beantragung einer stationären Therapie an die Verwaltung des Schmerztherapiezentrum Bad Mergentheim

- einverstanden.
- nicht einverstanden.

Ich wurde darüber unterrichtet, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Dr. Martin Krumbeck

Praxisname: Praxis für Spezielle Schmerztherapie
Dr. Univ. Padua Martin Krumbeck

Adresse: Schönbornstr. 10, 97980 Bad Mergentheim (Im Gebäude der Schmerzlinik)

Kontaktdaten: 07931 / 54 93 51 info@schmerzpraxis.eu

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Andre` Brandt Schlaht

Anschrift: Schönbornstraße 10, 97980 Bad Mergentheim

Kontaktdaten: 07931 / 54 93 965 brandt@schmerzklinik.com

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name:

Anschrift:

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis für Spezielle Schmerztherapien Dr. Univ. Padua Martin Krumbeck meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Therapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters