



# Pianta Chiropractic Center

Jean-Paul Pianta, DC  
Melanie Desbarats, DC  
Joseph Gross, DC

---

Willkommen in unserer Praxis für amerikanische Chiropraktik.

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ./ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer : \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

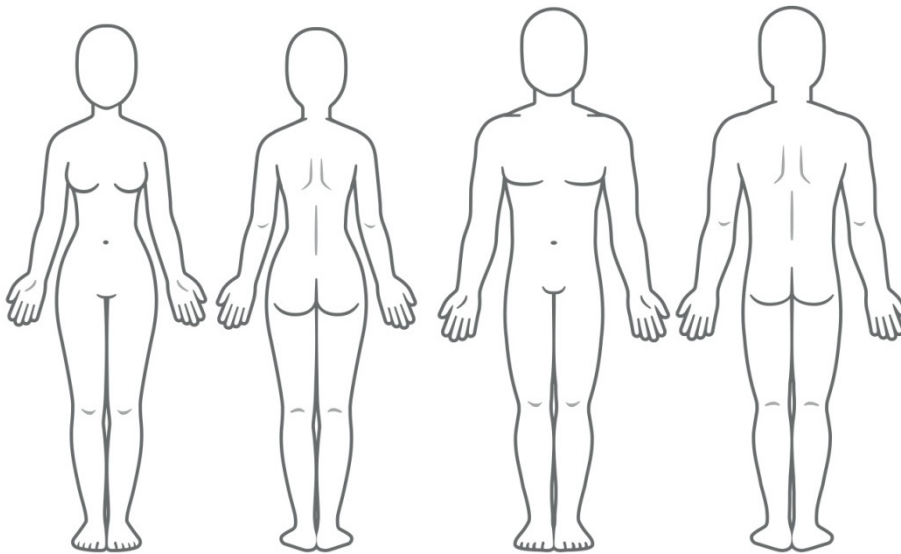
---

Wie können wir Ihnen helfen / Was ist Ihr wichtigstes Anliegen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Bitte markieren Sie in der Abbildung ihre Schmerzen und notieren die Stärke der Beschwerden auf einer Skala von 1 – 10 (1 = Kaum spürbar; 10 = unerträglich).*



	Symptome:	Stärke:	Seit wann?
1.			
2.			
3.			

---

---

## Ihr aktuelles Anliegen

---

---

Sie haben aktuell keine Beschwerden und sind zur Vorsorge / Prävention bei uns.

*Bitte füllen Sie das Zutreffende für ihre Symptome aus.*

### 1. Symptom:

Gab es einen Auslöser? \_\_\_\_\_

Hatten Sie das schon einmal?  
Wenn ja, wann und wie oft? \_\_\_\_\_

Art des Schmerzes? \_\_\_\_\_

Strahlen die Schmerzen aus? \_\_\_\_\_

Wann ist es schlimmer? \_\_\_\_\_

Wann ist es besser? \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlungen? \_\_\_\_\_

### 2. Symptom:

Gab es einen Auslöser? \_\_\_\_\_

Hatten Sie das schon einmal?  
Wenn ja, wann und wie oft? \_\_\_\_\_

Art des Schmerzes? \_\_\_\_\_

Strahlen die Schmerzen aus? \_\_\_\_\_

Wann ist es schlimmer? \_\_\_\_\_

Wann ist es besser? \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlungen? \_\_\_\_\_

### 3. Symptom:

Gab es einen Auslöser? \_\_\_\_\_

Hatten Sie das schon einmal?  
Wenn ja, wann und wie oft? \_\_\_\_\_

Art des Schmerzes? \_\_\_\_\_

Strahlen die Schmerzen aus? \_\_\_\_\_

Wann ist es schlimmer? \_\_\_\_\_

Wann ist es besser? \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlungen? \_\_\_\_\_

---

---

## Medizinische Vorgeschichte

---

---

Trifft eines der Folgenden auf Sie zu? Dann kreuzen Sie es bitte an.

Hypertonie (Bluthochdruck)

Hypotonie (Niedriger Blutdruck)

Chronische Erkrankungen Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikamente Was/Wogegen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operationen Was/Wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unfälle / Stürze Was/Wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Knochenbrüche Was/Wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bandscheibenvorfälle Wo/Wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Herzinfarkt – Wann? \_\_\_\_\_

Schlaganfall – Wann? \_\_\_\_\_

Gibt es Erkrankungen, die in Ihrer Familie häufiger auftreten (familiäre Dispositionen)?

\_\_\_\_\_

Wie war Ihre eigene Geburt (Spontangeburt, Kaiserschnitt oder sonstige Hilfsmittel)?

\_\_\_\_\_

Sind Sie aktuell schwanger?

Nein

Ja, SSW: \_\_\_\_\_

Waren Sie in der Vergangenheit schwanger?

Nein

Ja, Anzahl: \_\_\_\_\_

Weitere Informationen: \_\_\_\_\_

Wie gut können Sie schlafen? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie viel schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?  Stunden

Wachen Sie nachts auf? Wenn ja, warum?

\_\_\_\_\_

---

---

## Lebensweise

---

---

Wie zufrieden fühlen Sie sich im Allgemeinen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie hoch ist Ihr berufliches Stresslevel?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie hoch ist Ihr privates Stresslevel?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was machen Sie beruflich? \_\_\_\_\_

Diese Tätigkeit ist vorwiegend:  sitzend  stehend  in Bewegung

Treiben Sie Sport?  Ja  Nein

Welche Art und wie oft? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie sieht Ihre aktuelle familiäre Situation aus?

Ledig  Verheiratet  Kinder: \_\_\_\_\_  Enkel: \_\_\_\_\_

Andere Situation: \_\_\_\_\_

Welche Mengen nehmen Sie pro Tag zu sich?

Wasser: \_\_\_\_\_

Kaffee: \_\_\_\_\_

Alkohol: \_\_\_\_\_

Zigaretten oder Ähnliches: \_\_\_\_\_

Gibt es weitere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Daten bei uns vertraulich behandelt werden.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

# Datenschutzerklärung

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung im Pianta Chiropractic Center.

## Ich bestätige:

- Dass mir die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben vor der Datenerhebung von der behandelnden Person mitgeteilt wurden.
- Dass ich darauf hingewiesen worden bin, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich sind.
- Dass ich weiter darauf hingewiesen worden bin, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) gem. Art 9 DSGVO umfasst.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zu Kenntnis genommen.

Hiermit erteile ich, \_\_\_\_\_, meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung im Pianta Chiropractic Center.

**Bei Minderjährigen** – Hiermit erteile ich, \_\_\_\_\_, als Erziehungsberechtigter meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes im Pianta Chiropractic Center.

Hannover \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Unterschrift \_\_\_\_\_

## Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

## Information zum Datenschutz

Entsprechend der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) informieren wir Sie daher hiermit, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet und welche Rechte Sie in Bezug auf den Datenschutz haben.

## 1. **Verantwortlich für die Datenverarbeitung:**

Pianta Chiropractic Center, Bödekerstraße 3, 30161 Hannover

Tel: 0511-628055/56, Fax: 0511-62002, E-Mail: chiropracticnetz@aol.com

## 2. **Quellen und Daten**

Wir verarbeiten Daten, die wir im Rahmen der Behandlung von unseren Patienten erhalten. Zudem verarbeiten wir, soweit für die Abrechnung der Leistungen oder zur Online-Terminorganisation erforderlich, personenbezogene Daten, die wir an andere Dienstleister zur Durchführung der Abrechnung weiterleiten müssen. Verarbeitet werden, relevante Daten, wie Personalien und Legitimationsdaten und Untersuchungsbefunde von mitbehandelnden Praxen und Krankenhäusern.

## 3. **Zweck der Datenverarbeitung**

- Dokumentation der Untersuchungs- und Behandlungsdaten in der Patientenakte
- Verwaltung der Termine (telefonisch und/oder online)
- Zu Abrechnungszwecken durch Dienstleister

Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6, Abs. 1 Buchstabe a DSGVO)  
Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke (s.o.) erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, werden von dem Widerruf nicht umfasst.

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben unterliegen wir als Praxis verschiedenen rechtlichen Verpflichtungen zur Dokumentation und der Aufbewahrungspflicht von Behandlungsdaten.

## 4. **Wer bekommt Ihre Daten?**

Innerhalb der Praxis erhalten diejenigen Stellen Zugriff auf Ihre Daten, die zur Durchführung und Dokumentation von Untersuchungen und Behandlungen betraut sind.

Außerhalb der Praxis sind dies mitbehandelnde Praxen, Krankenhäuser, Steuerberater, ggf. Rechtsanwalt bei Mahnverfahren. Es wird sichergestellt, dass kein Unbefugter Zugriff auf personenbezogene Daten erhält.

## 5. **Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?**

Soweit erforderlich, verarbeiten und speichern wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unseres Behandlungsvertrags (Behandlungsdauer). Unsere Aufbewahrungspflicht der Patientenakte beträgt 10 Jahre.

## 6. **Welche Datenschutzrechte und Widerrufrechte bestehen für Sie?**

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO-. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO in Verbindung mit § 19 BDSG), sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für mich zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: **Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover. Tel: 0511-1204500, Fax: 0511-1204599.**

Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit mir gegenüber widerrufen.

## 7. **Bereitstellung Ihrer Daten**

Im Rahmen des Behandlungsvertrags (Behandlungsdauer) müssen Sie nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung eines Behandlungsvertrags erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Behandlungsvertrag (Behandlung) ablehnen müssen oder einen bestehenden Behandlungsvertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

Sollten Sie noch Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

**Liebe Patientin/ Lieber Patient,**

die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über die Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie ein relevantes Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14 U 44/96) „Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Die Bezahlung erfolgt nach der Behandlung und kann in bar oder mit EC-Karte beglichen werden. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenversicherung nach, ob sie die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt. Sie erhalten eine Rechnung auf GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker), die nach der Behandlung erstellt und mitgegeben wird.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen, Ihr Pianta Chiropractic Center.

**Einverständniserklärung**

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner Verantwortung.

Ein ABO kaufe ich immer von der Praxis Pianta Chiropractic Center, es ist nicht Therapeuten bezogen und kann deshalb nicht zurückgegeben werden (Keine Geld-zurück-Garantie für ABO's). Mein ABO ist übertragbar und kann gern entsprechend des ABO-Typ's (Preis beachten) von meiner ganzen Familie oder meinen Freunden genutzt werden.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallpauschale von 50 % von meinen Behandlungskosten bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner des Pianta Chiropractic Center.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Hie mit erteile ich, \_\_\_\_\_, meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung im Pianta Chiropractic Center.

**Bei Minderjährigen** – Hiermit erteile ich, \_\_\_\_\_, als Erziehungsberechtigter meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes im Pianta Chiropractic Center.

Hannover \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_