



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

## **Datenschutzinformationen und Erklärung zur Einwilligung in die Datenverarbeitung**

Nach dem in Kraft getretenen neuen Datenschutzrechten (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) informieren wir Sie, zu welchem Zweck in unserer Praxis Daten erhoben, gespeichert und weitergeleitet werden. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie Ihre Rechte gelesen und verstanden haben sowie in unsere Datenverarbeitung einwilligen.

### **1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung**

Chiropractic Health Truderung

Schröderweg 2, 32760 Detmold

Alter Markt 2, 33161 Hövelhof

Inhaber: Roman Truderung MSc. Chiropraktor  
Heilpraktiker für Chiropraktik

Tel.: + 49 1590 6735726

E-Mail: [truderung@chiropractic-health.de](mailto:truderung@chiropractic-health.de)

Datenschutzbeauftragter in NRW

Landebeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44

40 102 Düsseldorf

Tel.: 0211 / 38424-0

Fax: 0211 / 38424-10

E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

### **2. Zweck der Datenverarbeitung**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Praxis und den 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 Therapeuten und Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten jeglicher Art zur Verfügung stellen, wenn Sie sie von Ihrer Schweigepflicht entbunden haben. Die Erhebung Ihrer Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden diese Daten nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

**CHIROPRACTIC HEALTH TRUDERUNG**

Roman Truderung M.Sc.

Heilpraktiker für Chiropraktik

[www.chiropractic-health.de](http://www.chiropractic-health.de) - [info@chiropractic-health.de](mailto:info@chiropractic-health.de) - +49 1590 6735726

### **3. Weitergabe Ihrer Daten an Dritte**

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

Bei einer Verordnung von einer gesetzlichen Krankenkasse, sind wir verpflichtet abrechnungsrelevante Daten an die Versicherung weiterzugeben.

Bei privater Krankenkasse bzw. einer Zusatzversicherung bleibt die Weitergabe der Daten unberührt und bedarf Ihrer Einwilligung.

### **4. Speicherung Ihrer Daten**

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vergaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

### **5. Einwilligungserklärung**

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung personenbezogener und gesundheitlicher Daten einverstanden.

Sie haben das Recht diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

### **6. 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, Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihre Einverständniserklärung. 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 Kontaktdaten der Aufsichtsbehörde können Sie unter Punkt 1 entnehmen.

### **7. Rechtliche Grundlagen**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit. h DS-GVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. B Bundesdatenschutzgesetz.

## **Behandlungsrisiken**

Wir arbeiten mit kontrollierten Behandlungstechniken und gehen keine unnötigen Risiken ein. Daher sind chiropraktische Leistungen und Techniken risikoarm. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber verpflichtet über mögliche Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären:

Urteil des Oberlandesgericht Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 302/91) „Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

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.“

## **Einverständnis und Einwilligung**

„Ich habe mich über evtl. Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich informiert und diese wurden mir verständlich erläutert. Ich erkläre mich damit einverstanden.

Die Patientenaufklärung habe ich gelesen und verstanden – alle Fragen wurden geklärt. Von Ärzten oder Therapeuten vorgeschlagene Behandlungen bzw. Operationen habe ich eigenverantwortlich als Patient oder Erziehungsberechtigter aufgeschoben oder abgelehnt.

## **Verzicht auf Bedenkzeit und Zustimmung zur sofortigen Einwilligung einer chiropraktischen Behandlung in der Praxis Chiropractic Health Truderung**

Mit meiner Unterschrift verzichte ich auf mein Recht einer Bedenkzeit bezüglich einer chiropraktischen Behandlung. Die Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung habe ich gelesen und unterschrieben. Weitere Fragen habe ich nicht und willige in eine sofortige Behandlung ein.

**CHIROPRACTIC HEALTH TRUDERUNG**

Roman Truderung M.Sc.

Heilpraktiker für Chiropraktik

www.chiropractic-health.de - info@chiropractic-health.de - +49 1590 6735726

## **Honorarvereinbarung für den Dienstleistungsbereich Chiropraktik sowie die Terminvereinbarung der Praxis Chiropractic Health Truderung**

Unsere Leistungen sind Privatleistungen. Die Abrechnung entspricht daher einer privaten Liquidation. Vertragspartner sind immer der Patient und nicht seine Krankenkasse. Unabhängig ob eine Versicherung unsere Leistungen ganz, teilweise oder nicht übernimmt. In der Regel erstatten die gesetzlichen Krankenkassen unsere Leistungen nicht.

### **Abrechnung nach Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)**

Unsere Rechnungen sind nach GebüH zusammengestellt und können bei Ihrer Privaten Krankenversicherung oder Zusatzversicherung, Ihrer Beihilfe oder Heilfürsorge eingereicht werden. Für eine 100% Kostenübernahme können wir nicht garantieren.

Die Rechnung bzw. Quittung bekommen Sie per E-Mail zugesandt.

### **Selbstzahler**

Die Honorarsätze in Euro (€) für Selbstzahler sind pauschal und liegen bei:

Ab 12 Jahren: Erstaufnahme (Beratung, Untersuchung Justierung, Auswertung)	119,-
Folgejustierung	55,-
Bis 12 Jahren Erstaufnahme	85,-
Folgejustierung	40,-

Erstaufnahme beinhaltet: Beratung, Untersuchung, Justierung, ggf. Auswertung Bilder)

Die Kosten sind am Behandlungstag zu entrichten.

### **Terminvereinbarung**

Als reine Bestellpraxis bieten wir keine offenen Sprechstunden an uns versuchen daher Wartezeiten zu vermeiden. Buchen Sie eigenständig einen Termin über unsere Internetseite oder vereinbaren Sie telefonisch bzw. per Kontaktformular einen Termin oder

### **Terminabsagen**

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24 Stunden vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB/§252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

### Mit meiner Unterschrift...

- willige ich in die elektronische Datenverarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein, insbesondere der Gesundheitsdaten.
- verzichte ich auf mein Recht einer Bedenkzeit
- bestätige ich, dass ich mich über die zum Behandlungszeitpunkt gültigen Honorarsätze in der Praxis informiert habe
- bestätige ich, dass Praxisausfallgebühren nach BGB/§252 bei nicht rechtzeitigen Terminabsagen in Rechnung gestellt werden.

Name,

Vorname:

---

Ort, Datum:

---

---

Unterschrift

**CHIROPRACTIC HEALTH TRUDERUNG**

Roman Truderung M.Sc.

Heilpraktiker für Chiropraktik

www.chiropractic-health.de - info@chiropractic-health.de - +49 1590 6735726

# ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  Privat-/Zusatzversicherung  Beihilfe  gesetzlich (Selbstzahler)  Sonstige

Beruf: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_ E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

## Aktuelle Beschwerden

**Kopfschmerzen** [ ] **Kieferschmerzen- / knacken** [ ] **Schulterschmerzen** [ ]

Schmerzlokalisierung bitte im Bild markieren.

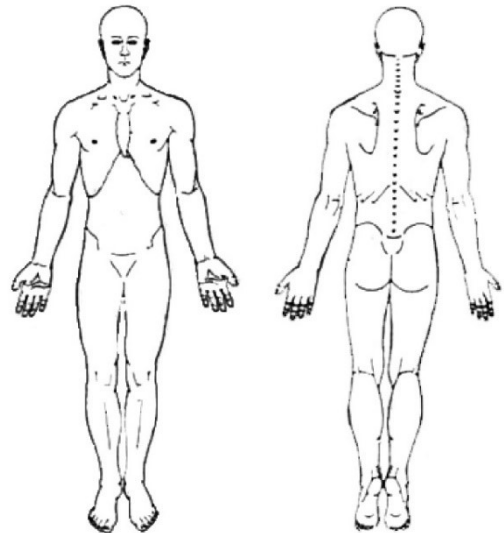
Was ereignete sich vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden? Was sind die Auslöser?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



War der Beginn plötzlich allmählich bzw. wann treten die Schmerzen auf? \_\_\_\_\_

Gibt es einen auf - oder absteigenden Verlauf? \_\_\_\_\_

Strahlt der Schmerz aus? \_\_\_\_\_

Gibt es Begleitsymptome? \_\_\_\_\_

Wie ist die Schmerzintensität? gering | - - - 5 - - - | stark

Wie lange hast du Schmerzen? akut Tage Wochen Monate chronisch

Was lindert oder verschlimmert den Schmerz? \_\_\_\_\_

### Wie äußern sich deine Beschwerden?

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Taubheit    | <input type="checkbox"/> Kribbeln      | <input type="checkbox"/> Schwellung       |
| <input type="checkbox"/> Kältegefühl | <input type="checkbox"/> Ziehen        | <input type="checkbox"/> Druckempfindlich |
| <input type="checkbox"/> Brennen     | <input type="checkbox"/> Pulsieren     | <input type="checkbox"/> Rötung           |
| <input type="checkbox"/> Stechen     | <input type="checkbox"/> Ameisenlaufen | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ |

### Was trifft auf dich zu? Kreuze an.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schnelle Gewichtszunahme     | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme               | <input type="checkbox"/> Verspannung                |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht                  | <input type="checkbox"/> Verstopfung                      | <input type="checkbox"/> Steifheit                  |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit                    | <input type="checkbox"/> Durchfall                        | <input type="checkbox"/> Ich bin unzufrieden        |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen                   | <input type="checkbox"/> Blähungen                        | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                 |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden     | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden                     | <input type="checkbox"/> Kontaktscheu               |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen        | <input type="checkbox"/> Kein Frühstück                   | <input type="checkbox"/> Amalgamzähne               |
| <input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Keine Zeit zum Essen             | <input type="checkbox"/> Tote Zähne                 |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit                | <input type="checkbox"/> Spätes Essen                     | <input type="checkbox"/> Narben                     |
| <input type="checkbox"/> Ödeme (geschwollene Füße)    | <input type="checkbox"/> Instant-Produkte + Fastfood      | <input type="checkbox"/> COVID:geimpft. Wann/Womit? |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzung _____      | <input type="checkbox"/> COVID:Natürliche Immunität _____ |   |

CHIROPRACTIC HEALTH TRUDERUNG

Roman Truderung M.Sc.

Heilpraktiker für Chiropraktik

www.chiropractic-health.de - info@chiropractic-health.de - +49 1590 6735726

Anamnesebogen

Trägst du orthopädische Schuheinlagen?  Nein  Schuherhöhung  Einlegesohlen

Leidest du unter häufigen Kopfschmerzen?  allgem. Kopfschmerzen  Migräne  Spannungskopfschmerzen

## Allgemeines Krankenexamen

Hast Du Beschwerden oder Erkrankungen des/der ...

Bewegungsapparats (z. B. Arthrose, Osteoporose, Bandscheibenvorfall)

---

Herz & Kreislaufsystems (z. B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen)

---

Milz & Lymphsystems (z. B. Ödeme, Lymphknotenschwellungen, Milzriss)

---

Blutes (z. B. Eisenmangel, Thromboseneigung)

---

Kiefers/Zähne (z. B. Zahnknirschen, Kieferknacken, Zahnbrücke)

---

Atemwege (z. B. Nebenhöhlenentzündungen, Asthma, COPD, Bronchitis)

---

Magens & Darms (Verdauungstraktes z. B. Sodbrennen, Magenschleimhautentzündung)

---

Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse (Iz. B. Gallensteine, Bauchspeicheldrüsenentzündung)

---

Stoffwechsel (z. B. Diabetes, Gicht, Histaminintoleranz)

---

Nieren und harnableitenden Organe (z. B. häufige Blasenentzündungen, Nierensteine)

---

Geschlechtsorgane (z. B. Menstruationsbeschwerden, Zysten)

---

Haut und Hautanhangsgebilde (z. B. Neurodermitis, Schuppenflechte)

---

Hormonsystems (z. B. Schilddrüsenprobleme, Parkinson)

---

Immunsystems & Infektionskrankheiten (z. B. Allergien, Tuberkulose, Hepatitis, Corona)

---

Nervensystems (z. B. Schlaganfall, Multiple Sklerose, Parkinson)

---

Sinnesorgane (z. B. Gleichgewichtsstörungen, Schwindel)

---

Psyche/Psychosomatisch (z. B. Angstzustände, Depression, Borderline)

---

sonstige Erkrankungen:

---

Hattest Du Unfälle? (z. B. Sport-, Auto-, Fahrradunfall) Wann?

---

Hattest Du Operationen?

---

Gibt es in Deiner Familie wiederholt auftretende Erkrankungen? nur Eltern & Geschwister!

---

## CHIROPRACTIC HEALTH TRUDERUNG

Roman Truderung M.Sc.

Heilpraktiker für Chiropraktik

www.chiropractic-health.de - info@chiropractic-health.de - +49 1590 6735726

Chiropraktik kann eine Lösung für deine Beschwerden werden. Eine kurzfristige Lösung, wenn du deinen aktuellen Lebensstil beibehältst oder eine langfristige Lösung, wenn du bereit bist Dinge in deinem Leben zu verändern. Wohlbefinden ist mit Arbeit verbunden – für Krankheit musst du nichts tun.

Was möchtest du in deinem Leben ändern?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Was möchtest Du in Bezug auf deine chiropraktische Behandlung noch mitteilen?  
(Ängste, Bedenken, Erwartungen oder Erfahrungen)

---

---

---

---

---

---

---

---

Hiermit bestätige Ich, dass Ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Für verschwiegene oder unterlassene Angaben hafte ich persönlich.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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