INFORMATION 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:

Praxisname:	Rückenzentrum Am Markgrafenpark GmbH
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):	Markgrafenstr. 19, 10969 Berlin
Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail):	Tel: 030-25 92 38 6 0 E-Mail: berlin@ruecken-zentrum.de

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

Name:	Mprotect365 GmbH
Ansprechpartner:	Marcel Felgenhauer
Anschrift:	Nordstraße 17-21, 04105 Leipzig
Kontaktdaten: E-Mail:	datenschutz-berlin-mitte@ruecken-zentrum.de

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, Anwaltskanzleien, Inkassodienstleister 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 berechtigte 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. Spätestens 30 Jahre nach Abschluss der Behandlung werden die Daten in der Arztsoftware gesperrt.

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:	Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Anschrift:	Friedrichstrasse 219, 10969 Berlin

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.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepageseite:
https://ruecken-zentrum.de/datenschutz

Hinweise zu Datenverarbeitung und Schweigepflicht

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen! Wir freuen uns, dass Sie sich zur Behandlung bei uns entschlossen haben. Unter dem Dach der Einrichtungen arbeiten Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler im Team zusammen und sorgen dafür, dass es Ihnen bessergeht und das es so bleibt.

Fachübergreifende Medizin, die den ganzen Menschen im Fokus hat und auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, ist der Grundgedanke unserer Einrichtungen. Je nach Bedarf und in Abstimmung mit Ihnen, erfolgen Untersuchungen und Behandlungen durch einen Facharzt für Orthopädie oder Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, durch Physiotherapeuten, Sporttherapeuten oder Psychologen, einzeln oder im Team. Gerade die interdisziplinäre Abstimmung der beteiligten Fachdisziplinen garantiert eine sichere und effiziente Vorgehensweise. Sie als Patient können sicher sein, dass auch bei einer Einzelbehandlung jeder Therapeut in der Lage ist, die Erkenntnisse seiner Kollegen in Ihre Behandlung einzubeziehen. Die interdisziplinäre Therapie der Einrichtungen wird geleistet durch verschiedene therapeutische Einheiten, die aus organisatorischen Gründen (teilweise) als juristisch eigenständige natürliche und juristische Personen unter den Dächern der Einrichtungen tätig sind. Es handelt sich um

1. Rückenzentrum Berlin-Mitte, Markgrafenstr. 19, 10969 Berlin, bestehend aus: Rückenzentrum Am Markgrafenpark GmbH, Orthopädische Praxis Dr. Marnitz, Praxis für Physikalische und Rehabilitative Medizin Bianka Klein, Praxis für Psychotherapie Am Markgrafenpark GbR Dorothee Monstadt, Christine Michel, Dr. Marion Heinrich,
2. Rückenzentrum Berlin-Köpenick, Freiheit 1, 12555 Berlin, bestehend aus: Gelenk- & Rückenzentrum Köpenick GmbH,
3. Rückenzentrum Hamburg, Ludwig-Erhard-Straße 18, 20459 Hamburg, bestehend aus: Rückenzentrum Am Michel Prävention GmbH, Orthopädische Praxis Dr. Mallwitz, Praxis für PRM; Physiotherapie Am Michel, Erste-Brunnen-Str. 1, 20459 Hamburg.

(nachfolgend: Einrichtungen). Um die interdisziplinäre Therapie der Einrichtungen zu ermöglichen, müssen alle an der Therapie beteiligten Ärzte/Ärztinnen, Therapeuten/Therapeutinnen, Arzthelfer/innen, Empfangsmitarbeiter/innen und die beteiligten Mitarbeiter/innen der Verwaltung (nachfolgend: Mitarbeiter) der Einrichtungen Ihre Daten im jeweils erforderlichen Umfang erheben, verarbeiten und nutzen. Insbesondere müssen die beteiligten Mitarbeiter die Daten untereinander austauschen, damit alle beteiligten Mitarbeiter jederzeit umfassend über Ihre Behandlung informiert sind und Sie bestmöglich betreuen können. Von der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung sind je nach Therapie allgemeine personenbezogene Daten (insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherung, Bankverbindung) und besondere personenbezogene Daten in Form von Angaben zu Ihrer Gesundheit (insbesondere Behandlungsdaten und Befunde) betroffen.

Für die oben genannte Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung benötigen wir von Ihnen als Patient eine Einwilligung. Soweit eine ärztliche Schweigepflicht besteht, benötigen wir zugleich eine Entbindung dieser Schweigepflicht. Wir möchten Sie bitten, diese Erklärungen auf dem folgenden Formular abzugeben.

Die Einwilligung betrifft selbstverständlich nur die oben genannten Einrichtungen. Sie gilt nicht gegenüber Dritten. Alle Mitarbeiter der oben genannten Einrichtungen haben sich schriftlich auf das Datengeheimnis (DGSVO) verpflichtet. Außerdem unterliegen sie der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB).

Die Einwilligung ist freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerruflich. Sollten Sie uns keine Einwilligung erteilen wollen, dann können wir Sie bei uns nicht aufnehmen und nicht behandeln.

Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich gerne an unsere Mitarbeiter. Wir wünschen Ihnen eine angenehme Zeit bei uns und baldige Besserung. - Ihr Praxis-Team -

Einwilligung zu Datenverarbeitung und Schweigepflicht

Name und Anschrift des/der Patienten/in, nachfolgend: Patient

Die oben ausgeführten Hinweise zu Datenverarbeitung und Schweigepflicht habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Zum Zwecke der interdisziplinären Therapie entbinde ich die genannten Einrichtungen und deren Mitarbeiter untereinander von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich willige außerdem darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten (insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherung, Bankverbindung) sowie Daten zu meiner Gesundheit (insbesondere Behandlungsdaten und Befunde) als besondere personenbezogenen Daten zum Zwecke der interdisziplinären Therapie von den genannten Einrichtungen und deren Mitarbeitern erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Die Einrichtungen und deren Mitarbeiter dürfen die vorgenannten Daten insbesondere untereinander austauschen.

Ort, Datum	Unterschrift, bei Minderjährigen des oder der Sorgeberechtigten

Praxis für Orthopädie
und Unfallchirurgie
DR. MED. ULF MARNITZ, ORTHOPÄDIE
DR. MED. KATHARINA GÜMBEL, ORTHOPÄDIE
DR. MED. ANKE BETHKENHAGEN, ANÄSTHESIE, SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE

Markgrafenstr. 19
10969 Berlin
Tel.: + 49 (0) 30 258 99 - 500
+ 49 (0) 30 259 23 - 860
Fax: + 49 (0) 30 258 99 - 499
berlin@ruecken-zentrum.de
www.ruecken-zentrum.de

Herr/Frau:

.....

.....

.....

Information und Kenntnisnahme zur Rechnungsstellung im Rahmen der Beihilfeverordnung

Die Berechnung der ärztlichen Leistung richtet sich für den Arzt nach den Grundlagen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Es handelt sich dabei um eine Rechtsverordnung. Die Beihilfeverordnung weicht durch eigene gesetzliche Bestimmungen in der Erstattungsphase hiervon hin und wieder ab. So erstattet die Beihilfe z. B. nur 50% - 80 % der Rechnungssumme – je nach Ihrer individuellen Vertragssituation. Diese können wir als behandelnde Ärzte nicht beeinflussen und haben wir auch nicht zu verantworten. Sollten Leistungen, die wir Ihnen nach GOÄ korrekt in Rechnung gestellt haben, trotz eventueller zusätzlicher Begründung (die Sie jederzeit gerne von uns erhalten können) von Ihrer Beihilfe nicht anerkannt und erstattet werden, so ist der Differenzbetrag von Ihnen selbst zu tragen. Sie können den Differenzbetrag auch von einer zuvor von Ihnen gewählten Zusatzversicherung übernehmen lassen.

Die Erbringung von ärztlichen Dienstleistungen hat sich nach der Notwendigkeit auszurichten, die Berechnung erfolgt nach den amtlichen Gebührenordnungen. Eine Ausrichtung ärztlichen Handelns nach den dem Arzt in ihrer Vielgestaltigkeit häufig unbekannten Erstattungsmöglichkeiten des Patienten ist unzulässig. (OLG Koblenz Am 6 U 286/87 vom 19.05.88, Am 7 U 50/85 vom 02.10.85).

Insofern bleibt nach § 611 Satz1 BGB derjenige, der die (ärztlichen) Dienste in Anspruch genommen hat, auch zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Wir bitten dies zu beachten und zu berücksichtigen.

Kenntnisnahme:

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Praxis für Orthopädie
und Unfallchirurgie
DR. MED. ULF MARNITZ, ORTHOPÄDIE
DR. MED. KATHARINA GÜMBEL, ORTHOPÄDIE
DR. MED. ANKE BETHKENHAGEN, ANÄSTHESIE, SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE

Markgrafenstr. 19
10969 Berlin
Tel.: + 49 (0) 30 258 99 - 500
+ 49 (0) 30 259 23 - 860
Fax: + 49 (0) 30 258 99 - 499
berlin@ruecken-zentrum.de
www.ruecken-zentrum.de

Name:	Vorname:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
PLZ, Wohnort:	Straße:
Privat- Tel:	Gesch. Tel.:
Mobil- Nr.:	Beruf:
Name Ihrer Krankenkasse:	Beihilfe–Berechtigung: ja ____%
Familienversichert über:	
Name: Vorname:	
Anschrift.:	

Mir ist erklärt worden, dass ich für die in Anspruch genommenen privatärztlichen Leistungen eine Privatrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß der § 1-12 erhalte. Für diese Rechnung(en) bin ich, unabhängig von evtl. Erstattungsleistungen meiner Krankenkasse, in voller Höhe zahlungspflichtig. Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Krankenkasse, sollten Sie einen Post B -, Studentenprivatkasse-, Standard- oder Basistarif abgeschlossen haben, unsere in Rechnung gestellten Leistungen, da die Praxis eine rein privatärztliche Praxis ist, ggf. nicht erstatten wird.

Berlin, ...

.....
Unterschrift des Patienten

Patienten - Einwilligungserklärung E- Mail Korrespondenz

Von: _____

Name, Vorname, Adresse

Für:

X	Rückenzentrum Am Markgrafenpark GmbH Markgrafenstrasse 19, 10969 Berlin (Tagesklinik, Physiotherapie, Psychologie, Prävention)
X	Praxis für Orthopädie & Unfallchirurgie Dr. Ulf Marnitz Markgrafenstrasse 19, 10969 Berlin
X	Praxis für Physikalische und Rehabilitative Medizin Bianka Klein Markgrafenstrasse 19, 10969 Berlin
X	Psychologie Am Markgrafenpark GbR D. Monstadt – C. Michel – Dr. M. Heinrich Markgrafenstrasse 19, 10969 Berlin

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir von oben genannten Firmen, wenn ich dort Patient (m/w/d) bin, meine hier genannte E-Mail - Adresse

_____

unverschlüsselt per E-Mail, in Bezug auf meine Anfrage, geantwortet werden darf. Ebenfalls dürfen mir Informationen zu Terminen und/ oder eine Einladung im Falle einer Programmteilnahme per E-Mail geschickt werden. Einer Kontaktaufnahme für Rückfragen zur Therapie ist gestattet.

Ebenfalls erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir, an meine oben genannte E-Mail Adresse meine Befunde, Arztberichte, Rechnungen und Rezepte **passwortgeschützt** zugesandt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass verschlüsselte Dokumente mit dem Passwort (meine Postleitzahl) geöffnet und dann als neues PDF Dokument auf dem eigenen Rechner abgespeichert werden müssen, bevor diese digital z.B. ins Krankenkassen-Portal hochgeladen werden können.

Hinweis zur digitalen Abrechnung und Aufbewahrung von Physiotherapie-Verordnungen und den E-Mails
Die ärztliche Verordnung (Physiotherapie-Rezept) wird von uns eingescannt und in unserer digitalen Patientenakte im Rückenzentrum Am Markgrafenpark gespeichert. Das Papieroriginal wird anschließend datenschutzgerecht vernichtet. Die elektronische Fassung wird mindestens zehn Jahre lang sicher aufbewahrt. Der Zugriff ist nur für befugte Mitarbeiter bei uns möglich. Ihre Behandlung und die Abrechnung mit den Kostenträgern sind dadurch in vollem Umfang gewährleistet.

Emails werden nicht an Dritte weitergeleitet. Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Verweigerung der Einwilligung oder ihrem Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Emailadresse gemäß Artikel 21 Absatz 4 DSGVO zu widerrufen und zu verlangen, dass diese nicht mehr verarbeitet wird. Hierzu senden Sie eine E-Mail an: ortho@ruecken-zentrum.de oder postalisch an Praxis Orthopädie Dr. Ulf Marnitz, Markgrafenstrasse 19, 10969 Berlin. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

_____ Datum

und Unterschrift des Patienten

_____

oder

☐ NEIN, ich willige nicht ein und wünsche alles per Post.

Praxis für Orthopädie
und Unfallchirurgie
DR. MED. ULF MARNITZ, ORTHOPÄDIE
DR. MED. KATHARINA GÜMBEL, ORTHOPÄDIE
DR. MED. ANKE BETHKENHAGEN, ANÄSTHESIE, SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE

Markgrafenstr. 19
10969 Berlin
Tel.: + 49 (0) 30 258 99 - 500
+ 49 (0) 30 259 23 - 860
Fax: + 49 (0) 30 258 99 - 499
berlin@ruecken-zentrum.de
www.ruecken-zentrum.de

Einwilligung in die ärztliche Behandlung (E1)

Sehr geehrte/r Frau/ Herr _____

Die ärztliche Behandlung besteht aus Maßnahmen, die Ihrer Einwilligung bedürfen. Hierzu zählen unter anderem manualmedizinische/chirotherapeutische Techniken, Medikamentengaben und Injektionen mit und ohne Durchleuchtung. Die Auswahl der Maßnahmen wird auf Ihre Erkrankung abgestimmt sein und mit Ihnen vorab besprochen. Alle Maßnahmen können unerwünschte Wirkungen hervorrufen, die jedoch bei rechtzeitigem Erkennen meist ungefährlich sind.

Die chirotherapeutische Behandlung an den Extremitäten kann muskelkaterähnliche Symptome hervorrufen. Zur Zeit sind keine schwerwiegenden Folgen bekannt. Bei der Behandlung in Bereich der Wirbelsäule treten extrem selten schwerwiegende Komplikationen (z.B. Schädigungen oder Beeinträchtigungen von Nerven) auf. Weitaus seltener (1:400000 bis 1:2 Mio Fälle) sind Schädigungen der Arterien, die das Gehirn versorgen.
Wir raten zur manualmedizinischen Behandlung nur dann, wenn der zu erwartende Heilerfolg die extrem seltenen Risiken deutlich überwiegt.

Als Ergänzung der chirotherapeutischen Behandlung setzen wir die Therapeutische Lokalanästhesie (TLA) zur Schmerzlinderung und zur Muskelentspannung ein. Bei Bedarf erfolgt die Injektionsbehandlung auch unter Röntgendurchleuchtung und nach einer Kontrastmitteldarstellung der zu behandelnden Struktur. Nach Injektionen (Einspritzungen) oder Punktionen (Absaugen von Flüssigkeiten) kann es zum Beispiel zu kleinen Einblutungen oder Nervenreizungen kommen. Infektionen eines Gelenkes oder des Gewebes in der Umgebung der Einstichstelle kommen trotz korrekter Technik vor, sind aber extrem selten (ca. 1:30.000 Fälle). Allergische Reaktionen können bei allen Medikamenten (Injektionen, Tabletten) auftreten.

Wenn Sie nach der Injektion (Spritze) Fieber, Schmerzen, Rötung oder Schwellung in der behandelten Region oder am ganzen Körper feststellen, unterrichten Sie bitte sofort uns, den ärztlichen Notdienst oder suchen Sie bitte den Zentralen Aufnahmedienst eines Krankenhauses auf.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Erklärung des Patienten:

Über die mir vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen sowie mögliche unerwünschte Wirkungen und ihre Folgen bin ich ausreichend informiert worden.

Ich erkläre, dass ich zur Zeit **keine blutverdünnenden Medikamente (z.Bsp. Marcumar) einnehme**.

Mit der Behandlung bin ich einverstanden.

Berlin,.....

.....	.....
Unterschrift des Patienten	Unterschrift des behandelnden Arztes
.....	.....
Nachname/ Vorname des Patienten in Blockschrift	Patientennummer

Eine Kopie dieser Vereinbarung habe ich erhalten.

Praxis für Orthopädie
und Unfallchirurgie
DR. MED. ULF MARNITZ, ORTHOPÄDIE
DR. MED. KATHARINA GÜMBEL, ORTHOPÄDIE
DR. MED. ANKE BETHKENHAGEN, ANÄSTHESIE, SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE

Markgrafenstr. 19
10969 Berlin
Tel.: + 49 (0) 30 258 99 - 500
+ 49 (0) 30 259 23 - 860
Fax: + 49 (0) 30 258 99 - 499
berlin@ruecken-zentrum.de
www.ruecken-zentrum.de

Patienten – Fragebogen

Auszug aus dem Schmerzfragebogen der DGSS Arbeitsgruppe „Dokumentation“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!
Vorweg würde uns interessieren, durch wen Sie auf uns aufmerksam geworden sind:

❒ Ihren Orthopäden ❒ Ihren Hausarzt ❒ persönliche Empfehlung

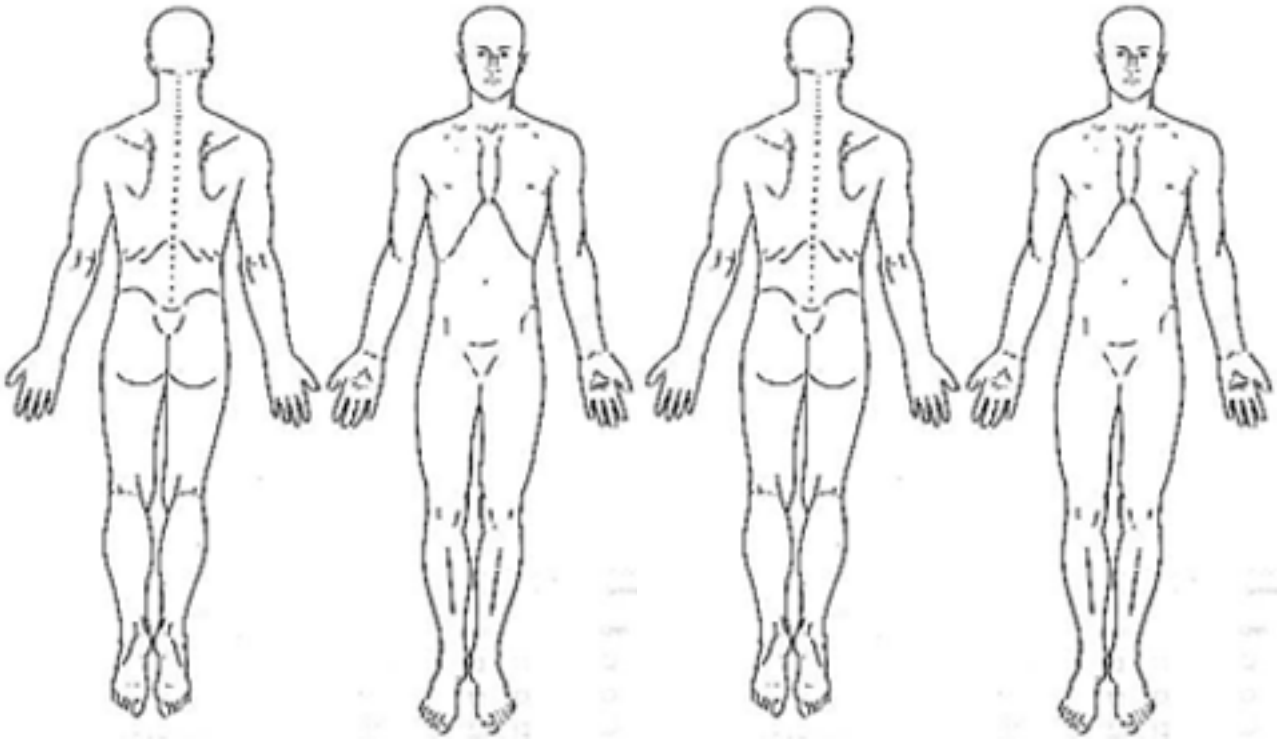
❒ Medien ❒ Internet ❒ Sonstiges _____

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Sie dienen neben den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtern uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung. Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.
Alle Daten dieses Fragebogens unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes unterworfen.

Name: _____ Datum: _____

1. Malen Sie bitte in die nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet (durch Schraffierung mit Bleistift oder Kugelschreiber). Tragen Sie in die beiden linken Schemata ein, wo Ihre Hauptschmerzen sind, in die rechten Schemata, wo Sie sonst noch Schmerzen haben.

Hauptschmerzort Sonstige Schmerzorte



2. Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen überhaupt? |_|_|_|_|_|_|_|_|

3. Seit wann besteht Ihre aktuelle Schmerzepisode? |_|_|_|_|_|_|_|_|

4. Bitte geben Sie im Folgenden die Stärke Ihrer Hauptschmerzen an. Kreuzen Sie bitte an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden.
Ein Wert von 0 bedeutet dabei, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind.

a) Geben Sie zunächst Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 4 Wochen an:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

b) Geben Sie an, welche Schmerzstärke für Sie bei erfolgreicher Behandlung erträglich wäre:

[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]
kein Schmerz										stärkster vorstellbarer Schmerz

5. Welche Sportarten üben sie regelmäßig aus?

Sportarten	Häufigkeiten

6. Sind Sie Mitglied in einem Verein oder Fitnessstudio?

Nein ❒ Ja ❒ , bei _____ (Name)

7. Wurden Sie wegen aller Ihrer Schmerzen schon einmal operiert?

Ja ❒ nein ❒

Art der Operation: Datum: Std.

1. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
2. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
3. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Wenn mehr als 3 Schmerzoperationen: _____ mal operiert

8. Wurden bei Ihnen andere, nicht schmerzbezogene Operationen durchgeführt?

Ja ❒ nein ❒

Art der Operation: Datum: Std.

1. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
2. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
3. _____ |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

9. Geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie in den letzten 6 Monaten eingenommen haben. Geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen (z.B. 3x1 Tbl.) oder „nach Bedarf". Bitte denken Sie besonders an blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin, Heparin) und immunsuppressive Medikamente (z. B. Cortison, Chemotherapeutika, Hormonpräparate, Osteoporosepräparate)
Ich habe in den letzten 6 Monaten folgende Medikamente genommen:

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum
Beispiel: Paracetamol	Tabl. 500 mg	3x1 pro Tag	Jan–März 1997

10. Hat sich in den letzten Monaten Ihr Gewicht wesentlich verändert? ❒ nein

❒ Ja, ich habe in den letzten _____ Monaten _____ kg an Gewicht abgenommen.

❒ Ja, ich habe in den letzten _____ Monaten _____ kg an Gewicht zugenommen.

11. Haben Sie Sie in den letzten Monaten eine größere Infektion gehabt? ja · nein ·
Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz:

_____

12. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht an.

Körpergröße in cm:_____ Körpergewicht in kg: _____

13. Haben Sie Lähmungserscheinungen oder Schwächegefühle in Armen oder Beinen oder Störungen bei der Kontrolle
von Stuhlgang oder Wasserlassen? ja❒ nein ❒
Wenn ja, bitte beschreiben Sie es kurz:

_____

14. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten sind Ihnen bekannt:

_____

15. Bitte beantworten Sie, welche Behandlungen Sie wegen Ihrer Hauptschmerzen schon erhalten haben. Bitte geben Sie ungefähr den Zeitraum an, zu dem Sie diese Behandlung zuletzt bekommen haben und ob Ihnen diese Behandlung geholfen hat. Sie können mehrere ankreuzen.

Therapie	Zeitraum (Jahr ggf. Monat)	Gute Linderung	Wenig Linderung	Nur kurze Linderung	kein Einfluß	Verschlechterung
Einrenken, Chirotherapie		❒	❒	❒	❒	❒
Krankengymnastik		❒	❒	❒	❒	❒
Trainingstherapie		❒	❒	❒	❒	❒
Massage		❒	❒	❒	❒	❒
Bettruhe		❒	❒	❒	❒	❒
Wärme, Fango		❒	❒	❒	❒	❒
Kälteanwendung		❒	❒	❒	❒	❒
TENS-Gerät		❒	❒	❒	❒	❒
Akupunktur		❒	❒	❒	❒	❒
Korsett		❒	❒	❒	❒	❒
Schmerzmedikamente		❒	❒	❒	❒	❒
Ambulante Reha		❒	❒	❒	❒	❒
Operation		❒	❒	❒	❒	❒
Schmerzklinik		❒	❒	❒	❒	❒
Stat. Reha, Kur		❒	❒	❒	❒	❒
Spritzen, lokale Injektionen		❒	❒	❒	❒	❒
PRT`s / Facetteninfiltration		❒	❒	❒	❒	❒
Anderes		❒	❒	❒	❒	❒

16. Hatten Sie im Erwachsenenalter andere schwerwiegende Erkrankungen?
Bitte Zutreffendes ankreuzen. Im Anschluss an diese Aufzählung können Sie genauere Angaben machen.

1.	Herzerkrankungen	ja ❒	nein ❒
2.	Kreislauferkrankungen	ja ❒	nein ❒
3.	Bösartige Erkrankungen / Tumoren	ja ❒	nein ❒
4.	Erkrankungen des Nervensystems wie Anfallsleiden	ja ❒	nein ❒
5.	Stoffwechselerkrankungen	ja ❒	nein ❒
6.	Lungenerkrankungen	ja ❒	nein ❒
7.	Magen-Darm- und Enddarmerkrankungen	ja ❒	nein ❒
8.	Harnwegserkrankungen	ja ❒	nein ❒
9.	Leber-, Bauchspeicheldrüsen-, Gallenleiden	ja ❒	nein ❒
10.	Erkrankungen der Unterleibs-/Geschlechtsorgane	ja ❒	nein ❒

Nähere Erklärung zu Punkt (1–10) bzgl. Punkt

_____

_____

(Welche Erkrankung, in welchem Jahr bzw. seit wann)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Information für Patienten mit Rückenbeschwerden:
Interdisziplinäres Therapiemanagement im Rückenzentrum am Markgrafenpark –Tagesklinik-

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich für eine Untersuchung und/oder Therapie Ihrer Rückenbeschwerden in unserem „Rückenzentrum am Markgrafenpark“ entschieden.

In den letzten Jahren haben Rückenbeschwerden stetig zugenommen, obwohl es immense Fortschritte in der Diagnostik, den operativen und nichtoperativen Behandlungsmöglichkeiten gibt. Das Thema „Rückenschmerz“ ist inzwischen international Gegenstand intensiver wissenschaftlicher Forschung. Einigkeit herrscht darüber, dass „Rückenschmerzen“ ein vielschichtiges Problem darstellen. Aus der internationalen Forschung wurde in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Richtlinien entwickelt, die laufend nach wissenschaftlichen Kriterien aktualisiert werden.

Unser Gesamtkonzept orientiert sich nicht nur an den jeweils aktuellen internationalen Richtlinien, sondern das Rückenzentrum ist auch im Vorstand der Leitlinienkommision der Europäischen Union vertreten. Zu Ihrem besseren Verständnis wollen wir Sie hiermit kurz über unser interdisziplinäres Therapiemanagement informieren:

Auf der Suche nach der Diagnose: Strukturstörung oder Funktionsstörung?
Sie wissen sicher aus eigener Erfahrung, dass Rückenbeschwerden sich sehr unterschiedlich äußern können. Wenn Sie wegen Ihres Rückenproblems einen Orthopäden aufsuchen, erwarten Sie zu Recht in erster Linie, die körperlichen Ursachen für Ihr Rückenproblem geklärt zu bekommen. Hier gilt es für den Arzt zu unterscheiden, ob Sie ein ganz spezifisches strukturelles Problem haben (z.B. einen Nervenwurzelreiz, einen Wirbelbruch, eine Entzündung), oder ob es sich um ein sogenanntes funktionelles Problem handelt. Letzteres bedeutet, dass der Rücken keinen ernsten „Schaden“ hat, sondern einfach nicht so gut funktioniert im Sinne von Belastbarkeit und/oder Beweglichkeit. Funktionelle Probleme sind die (zum Glück!) weitaus häufigste Ursache von Rückenbeschwerden. Seien Sie froh, wenn Ihnen der Arzt erklärt, dass Ihr Rückenproblem ein funktionelles ist: Sie können sich sicher sein, dass der Arzt zuvor alle möglichen ernsthaften Erkrankungen ausschließen konnte. Noch eine gute Nachricht: funktionelle Beschwerden sind sehr gut und meist mit erstaunlich einfachen Mitteln zu behandeln, und Sie selbst können eine Menge dazu beitragen!

Der zeitliche Verlauf: wie lange „darf“ der Rücken schmerzen?
Über die Kenntnis der Ursache Ihrer Rückenbeschwerden hinaus ist es für Sie wichtig zu wissen, dass akute Episoden von Rückenschmerzen einen gewissen „normalen“ zeitlichen Verlauf haben. Für nahezu jede betroffene Struktur des Bewegungsapparates (Muskeln, Gelenke, Nerven u. a.) gibt es eine sogenannte „physiologische Erholungszeit“. Das heißt, auch wenn Ihr Rücken plötzlich sehr heftig schmerzt und Sie das Gefühl haben, sich überhaupt nicht mehr richtig bewegen und belasten zu können, werden diese Schmerzen in vielen Fällen in einem zeitlichen Rahmen von vier bis maximal acht Wochen so gebessert sein, dass Sie wieder Ihren normalen körperlichen Aktivitäten ohne besondere Einschränkungen nachgehen können. Diesen zeitlichen Verlauf versuchen wir durch ärztliche und therapeutische Maßnahmen positiv zu beeinflussen. Sobald wir im Verlauf Ihrer Therapie den Eindruck gewinnen, dass sich innerhalb der für Ihr Problem erwarteten „Erholungszeit“ keine deutliche Besserung oder sogar eine weitere Verschlechterung Ihrer Beschwerden ergibt, werden wir selbstverständlich unsere bisherigen medizinischen und therapeutischen Strategien erneut überprüfen und ggf. modifizieren. Ein großer Vorteil unseres Zentrums ist, dass alle beteiligten Fachgruppen unter einem Dach arbeiten. Somit sind wir in der Lage, innerhalb Ihres Betreuerteams schnell zu reagieren und damit eine reibungslose Therapie zu gewährleisten.

Psychosoziale Faktoren – was kann das Rückenproblem noch beeinflussen?
Alle aktuellen internationalen Richtlinien empfehlen in der Diagnostik über mehrere Monate anhaltender Rückenbeschwerden die ganzheitliche Betrachtung des Schmerzgeschehens.
Hierzu zählen die sogenannten „psychosozialen Belastungsfaktoren“. Leider erleben wir immer noch bei vielen Patienten eine große Skepsis bzw. Verunsicherung, wenn es um den Einbezug dieser Faktoren in die Beurteilung und Therapie ihrer Rückenbeschwerden geht. Unter „psychosozialen Faktoren“ verstehen wir Faktoren wie Ängste und Verunsicherung durch unzureichende oder fehlerhafte Informationen über Ihr Rückenproblem, aber auch Hilflosigkeit und Verzweiflung als Folge länger währender Rückenschmerzen und den damit häufig einhergehenden erheblichen Einschränkungen im privaten und beruflichen Alltag. Jedoch auch Stress bei der Arbeit, Probleme in der Partnerschaft / Familie oder finanzielle Sorgen und Zukunftsängste stellen mögliche psychosoziale Belastungen dar. Wie auch bei jedem „gesunden“ Menschen haben diese Belastungen großen Einfluss auf das allgemeine Wohlempfinden (z.B. innere Anspannung, Verlust an Lebensfreude, Grübeln).

Psychosoziale Belastungsfaktoren können die Schmerzwahrnehmung ungünstig beeinflussen und/oder eine deutliche Verbesserung innerhalb der physiologischen Zeit verzögern.
Ein Mitwirken dieser Faktoren bedeutet nicht, dass Sie die Schmerzen „nur im Kopf“ haben und dass Sie kein körperliches Problem haben - dies wird oft missverstanden! Es bedeutet vielmehr, dass diese Faktoren das Abklingen Ihrer körperlichen Beschwerden (im angemessenen physiologischen Zeitrahmen) verzögern oder verhindern können. Unsere Psychologen sind spezialisiert auf psychologische Schmerztherapie und werden Sie individuell darüber beraten, welche Strategien sinnvoll sind, um das Schmerzgeschehen auch von dieser Seite günstig zu beeinflussen.
Wir hoffen, dass wir durch diesen kurzen Überblick die Möglichkeiten einer interdisziplinären und damit ganzheitlichen Diagnostik / Therapie für Ihr Rückenproblem verdeutlichen konnten!
Ihr Praxis- Team!