

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich entschieden haben sich in unserem Facharztzentrum behandeln zu lassen. Damit wir Sie individuell beraten und behandeln können, benötigen wir Ihre aktive Unterstützung. Für die Übernahme ihrer Behandlung, benötigen wir eine Überweisung für:

- ✓ „**Neurochirurgie**“ (Dr. med. Mark Klingenhöfer/MU Dr. Martin Vazan) oder
- ✓ „**interventionelle Schmerztherapie**“ (Dr. med. Mark Klingenhöfer/MU Dr. Martin Vazan)

- ✓ „**Spezielle Schmerztherapie**“ (Dr. med. Christian Schmidt) oder
- ✓ „**Physikalische und Rehabilitative Medizin**“ (Dr. med. Christian Schmidt)

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin in unserer Praxis alle persönlichen Krankheitsunterlagen mit. Hierzu zählen insbesondere:

- ✓ **Alle CDs** mit Röntgen-, Computertomographie- (CT) und Kernspintomographie- (MRT) Bildern
- ✓ **Medizinische Befunde** (z.B. Neurologie, Kardiologie, Entlassungsbriefe, OP-Berichte, Reha)
- ✓ **Aktueller Medikamentenplan**

Ihre Behandlung in unserer Praxis beinhaltet Maßnahmen der Befunderhebung und Therapieformen die Ihrer Einwilligung bedürfen. Bitte lesen Sie hierzu die folgende Aufklärung genau durch.

- ✓ **Einwilligung in die ärztliche Behandlung**

Sollten Sie zu Ihrem Termin verhindert sein, bitten wir um eine Absage unter:

Dr. med. Mark Klingenhöfer: Tel. 0351/48488488 oder E-Mail Praxis.Klingenhoefer@WRZ-DD.de

MU Dr. Martin Vazan: Tel. 0351/48521477 oder E-Mail Praxis.Vazan@WRZ-DD.de

Dr. med Christian Schmidt Tel. 0351/48488490 oder E-Mail Praxis.Schmidt@WRZ-DD.de

Um Ihren Beschwerden gerecht zu werden, benötigen wir im Vorfeld der persönlichen Behandlung, einen breiten Überblick. Wir verwenden hierzu den „**Patientenfragebogen WRZ-DD und den Deutschen Schmerzfragebogen**“. Wir bitten Sie die Bögen vollständig auszufüllen.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen in unsere Praxisgemeinschaft und stehen Ihnen für Fragen oder bei einer ggf. notwendigen Hilfe beim Ausfüllen der Bögen zur Verfügung!

Ihr

Team der Praxisgemeinschaft WRZ-DD



Einwilligung in die ärztliche Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Mit Ihrem Besuch willigen Sie in die Abfrage und Speicherung Ihrer medizinischen und sozialen Daten sowie in die manuelle Untersuchung ein. Sollten Sie hiermit nicht einverstanden sein, ist es uns leider nicht möglich Sie zu behandeln.

Wir möchten Sie bitten die „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ zur Kenntnis zu nehmen und uns dies zu **bestätigen**.

Unserer Einrichtung ist eine reine Bestellpraxis. Die für Sie eingeplante Zeit kann somit nicht anderweitig genutzt werden. Wir behalten uns deshalb vor, Ihnen einen pauschalen Schadensersatz wegen der entgangenen Einnahme der Praxis von 50,- € in Rechnung zu stellen, wenn Sie ohne Entschuldigung (z. B. telefonisch – auch Anrufbeantworter, schriftlich – E-Mail/Kontaktformular über Homepage www.WRZ-DD.de, persönlich, ...) nicht zum Termin erscheinen. Die Zahlung für den Ausfall der Behandlung wird nicht von einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung erstattet.

Neben der Beratung bieten wir auch ggf. auch Therapiemaßnahmen an. Diese Leistungen werden nur zum Teil von den gesetzlichen oder privaten Krankenkassen übernommen. Sollten wir Ihnen Maßnahmen empfehlen, deren Kosten nicht von den Kassen getragen werden, erhalten Sie eine persönliche Kostenrechnung nach der geltenden „Gebührenordnung der Ärzte, GOÄ“.

Unser Leistungsspektrum:

- Manuelle Therapie / Chirotherapie / McKenzie
- Elektro- und Wärmetherapie „StimaWell“
- Biomechanische Stimulation (BMS)
- Akupunktur und Neuraltherapie
- Botox-Therapie
- Stoßwellentherapie
- Kinesio-Tape
- Röntgengestützte interventionelle Schmerztherapie
- gepulste Radiofrequenzablation
- Radiofrequenzdenervation
- PENS „Perkutane elektrische Nervenstimulation“
- Kairos

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und stehen Ihnen für Fragen zur Verfügung!

Ihr

Team der Praxismgemeinschaft WRZ-DD



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 Praxisgemeinschaft Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortliche Person: Dr. med. Mark Klingenhöfer
Praxisgemeinschaft WRZ-DD
Borsbergstraße 44 / 01309 Dresden
Telefon: 0351 48488488 / E Mail: datenschutz@wrz-dd.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 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.

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.

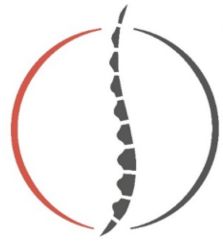
Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Bernhard-von-Lindenau-Platz 1 / 01067 Dresden
Telefon: 0351 4935401 / E Mail: saechs@stl.sachsen.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

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

Datum: _____ Zur Kenntnis genommen: _____



Patientenfragebogen WRZ-DD

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihr Anliegen und die Ursachen Ihrer Beschwerden besser einschätzen zu können, sind für uns Informationen aus unterschiedlichen Bereichen erforderlich. Ihre **freiwilligen** Angaben dienen der Vorbereitung des ärztlichen Gesprächs und der Untersuchung. Bitte beantworten Sie möglichst **alle** Fragen, auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Wenn Ihnen eine Frage unklar ist, machen Sie bitte vor der entsprechenden Frage ein Fragezeichen.

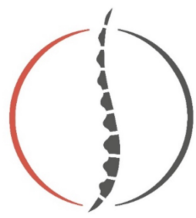
Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ihre Fragebogendaten werden in unserem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, damit diese Ihrem Arzt während Ihrer Behandlung jederzeit zur Verfügung stehen. Zugang haben nur berechtigte Mitarbeiter unserer Abteilung, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Name, Vorname: _____

Der Besuch in unserer Praxisgemeinschaft erfolgt mit dem Anliegen (Mehrfachnennungen möglich):

- Wirbelsäulenchirurgische / Neurochirurgische Beratung und Übernahme einer Operation.
- Zweitmeinung vor einer empfohlenen Operation.
- Interventionelle Schmerztherapie (z.B. Spritzen, Denervation).
- Spezielle Schmerztherapie.
 - Medikamentöse Einstellung zur Schmerzlinderung.
 - Komplementäre Behandlungen (z.B. Akupunktur, Neuraltherapie, Stoßwelle, Elektrotherapie).
 - Physiotherapeutische / Ergotherapeutische Begleitung.
 - Schmerzpsychologische Betreuung.
 - Sozialmedizinische Betreuung (Rehabilitation, Erwerbsminderungsrente).
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Sportmedizinische Betreuung



Patientenfragebogen Wirbelsäule

Die folgenden Fragen bitte **nur** beantworten, wenn Sie sich bei Beschwerden von der Wirbelsäule vorstellen!

Wichtig ist eine vollständige Beantwortung der Fragen. Sollte etwas nicht auf Sie zutreffen, kreuzen Sie bitte „Nein“ oder „0“ an.

Name, Vorname: _____

1. An welchen **Ort** befinden sich Ihre **Beschwerden**, welche Sie zum **heutigen** Arztbesuch führen?

Halswirbelsäule o. Nacken

Arm: rechts links / Hand: rechts links / Schulter: rechts links

Brustwirbelsäule / Brustkorb o. Rippen rechts links

Lendenwirbelsäule o. Kreuz

Bein: rechts links

Leiste: rechts links / Knie: rechts links / Fuß: rechts links

2. Seit **wann** bestehen diese **Hauptschmerzen** / **Hauptbeschwerden**?

Tage Wochen > 6 Monate Jahre

3. Besteht in letzter Zeit eine **Zunahme der Beschwerden**? **Wenn Ja, seit wann** ?

Tage Wochen Monate Jahre keine Zunahme

4. Wie reagieren Ihre Beschwerden auf **Bewegung o. Belastung**?

Zunahme Linderung keine Veränderung

5. Bitte kreuzen Sie im Folgenden die Stärke Ihrer **Hauptschmerzen** an.

(Nicht gemeint sind Missempfindungen wie Taubheit oder Kribbeln!)

Der Wert „0“ bedeutet: „Ich habe **keine Schmerzen**“,

der Wert „10“ bedeutet: „Meine Schmerzen sind sehr stark, **stärkere kann ich mir nicht vorstellen**“.

5.1 Meine aktuellen Schmerzen am **Nacken**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.2 Meine aktuellen Schmerzen im **linken Arm**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Meine aktuellen Schmerzen im **rechten Arm**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.3 Die **Schmerzen ziehen** bis:

zum Daumen zum Mittelfinger zum Kleinfinger in alle Finger

5.4 Meine aktuellen Schmerzen im **Kreuz / Lendenwirbelsäule**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.5 Meine aktuellen Schmerzen im **linken Bein**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Meine aktuellen Schmerzen im **rechten Bein**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.6 Die **Schmerzen ziehen** bis:

zum Schienbein und Großzehe zum Oberschenkel vorne zur Wade und Fußsohle

5.7 Meine aktuellen Schmerzen in der **Brustwirbelsäule**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Es besteht eine bekannte **alte Lähmung** (Schwäche):

Arm / Hand (Finger): rechts links beide
 Bein / Fuß (Zehen): rechts links beide

Seit: Monaten Jahren

6.1 Es besteht eine **neue Lähmung** (Schwäche):

Arm / Hand (Finger): rechts links beide
 Bein / Fuß (Zehen): rechts links beide

Seit: Heute Tagen Wochen

6.2 Es besteht eine **Zunahme** der Schwäche der Beine nach (Bitte die Gehstrecke in m/km oder Minuten angeben):

6.3 Es besteht eine **Unsicherheit** beim Laufen:

Nein Ja: Gefühl von Schwanken nur kleine Schritte abgehackt

6.4 Ich benutze eine **Gehhilfe** beim Laufen:

Nein Stock/Stöcke Unterarmgehilfe Rollator

6.5 Es besteht eine Störung der **Feinmotorik der Hände**:

Nein Ja verändertes Schriftbild Dinge fallen aus der Hand

7. Es besteht eine bekannte **alte Taubheit** (Missempfindung):

Arm / Hand (Finger): rechts links beide

Bein / Fuß (Zehen): rechts links beide

Seit: Monaten Jahren

7.1 Es besteht eine **neue Taubheit** (Missempfindung):

Arm / Hand (Finger): rechts links beide

Bein / Fuß (Zehen): rechts links beide

Seit: Heute Tagen Wochen

7.2 Es besteht eine **Zunahme** der Taubheit (Missempfindung) der Beine beim Gehen nach (Bitte die Gehstrecke in m/km oder Minuten angeben):

7.3 Es besteht eine **Taubheit** (Missempfindung) im **Damm oder Genitalbereich** (Reithosenhypästhesie):

Ja Nein

8. Haben Sie Störungen bei der Kontrolle (Halten/Inkontinenz) von **Stuhlgang**:

nein Ja, aber bekannt Ja, neu

8.1 Haben Sie Störungen bei der Kontrolle (Halten/Inkontinenz) von **Wasserlassen**:

nein Ja, aber bekannt Ja, neu

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Unklarheiten und Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bitte füllen Sie noch den „**Deutschen Schmerzfragebogen**“ aus. Die Dokumente helfen uns Ihre Beschwerden besser zu verstehen und sind in unseren Praxen die Grundlage für Ihre Behandlung.