

Dr. med. Ingo Rasing
FA für Allgemeinmedizin
Spezielle Schmerztherapie
Manuelle Medizin
Manuelle Medizin bei Kindern



**Gesundheitscampus
Lüdinghausen**

Neustrasse 1a
59348 Lüdinghausen

Email: schmerzfragebogen-rasing@web.de
Tel.: 02591-9475810
Fax: 02591-8915629
www.dr-rasing.de

Bitte ausfüllen und an die Praxis zurücksenden – vielen Dank!

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Adresse: _____

Email: _____

(bitte unbedingt ausfüllen)

Diagnose: _____

Hausarzt: _____

Nächster Angehöriger: (Name, Anschrift, Telefon): (freiwillige Angabe)

Name der Krankenkasse: _____

Laufendes Rentenverfahren: ja nein

Antrag Schwerbehinderung: ja nein

Gerichtsverfahren: ja nein

(bitte ankreuzen)



Dr. med. Ingo Rasing
FA für Allgemeinmedizin
Spezielle Schmerztherapie
Manuelle Medizin
Manuelle Medizin bei Kindern

Terminabsprache / Terminabsage

Sehr geehrte Patientin / geehrter Patient,

**Ihre Behandlung erfolgt ausschließlich nach
vorheriger Terminabsprache mit Ihnen.**

Kommen Sie daher bitte pünktlich.

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die Einzeltherapien nach einem Bestellsystem durchführt. Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich Ihnen vorbehalten wird, damit lange Wartezeiten für Sie vermieden werden. Sollten Sie den jeweils vereinbarten **1 Stunden Termin** nicht einhalten können, müssen Sie diesen **spätestens 24 Stunden** vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit anderweitig verplanen können. Sollten Sie den Termin nicht innerhalb dieser Frist absagen, müssen wir Ihnen **pauschal 100€** in Rechnung stellen. Das gilt jedenfalls dann, wenn Sie den Termin schuldhaft nicht wahrgenommen bzw. nicht rechtzeitig abgesagt haben. Im Falle einer Rechnungsstellung sind Sie unabhängig von der Art Ihrer Versicherung verpflichtet, das Ausfallhonorar auch ohne Kostenerstattung durch Ihre Krankenkassen selbst zu zahlen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Unterschrift _____

Dr. med. Ingo Rasing
FA für Allgemeinmedizin
Spezielle Schmerztherapie
Manuelle Medizin
Manuelle Medizin bei Kinder



Praxis für ganzheitliche Schmerztherapie – Neustraße 1a – 59348 Lüdinghausen

**Gesundheitscampus
Lüdinghausen**

Neustrasse 1a
59348 Lüdinghausen

Tel.: 02591-9475810
Fax: 02591-8915629

www.dr-rasing.de

Nicht vergessen!

Checkliste für Ihren Erstaufnahmetermin

- Überweisung vom Haus- oder Facharzt
- Gültige Versichertenkarte
- Aktueller Medikamentenplan
- Aktuelle schriftliche Berichte (Röntgen z.B. MRT, Orthopädie, Neurologie usw.)
- Ausgefüllter Schmerzfragebogen von Painpool
- Unterschriebene Aufnahmeformulare
- Notizheft z.B. DIN A5 zum Mitschreiben von Eigenübungen
- Leichte, bequeme Kleidung für die Untersuchung und Therapie
- Badehandtuch für die Liege

Gerne erklärt Ihnen das Praxisteam das Aufnahme-procedere und den Ablauf der Behandlung auch persönlich vor Ort!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung zur elektronischen Datenspeicherung nach DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sicher haben Sie schon erlebt wie schwierig es ist, Ihrem Arzt eine genaue Beschreibung Ihrer Schmerzen zu geben. Er ist jedoch darauf angewiesen, zu erfahren, wie Ihre Schmerzen beschaffen sind und wie Sie auf die Schmerzbehandlung ansprechen.

Ihre Angaben in diesem und weiteren Fragebögen im Laufe der Behandlung dienen der Vorbereitung des ärztlichen Gespräches und der Basisuntersuchung sowie der weiteren Behandlungsplanung. In Ihrem eigenen Interesse möchten wir deshalb bitten, **alle Fragen in Ruhe und mit Sorgfalt zu beantworten.**

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Auch die, die Ihnen unwichtig erscheinen. Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Bearbeitung Ihrer Angaben in unserer schmerztherapeutischen Einrichtung entspricht den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der aktuellen Fassung (DSGVO).

Ihre Fragebogendaten werden in einem EDV-Dokumentationssystem gespeichert, das nur berechtigten Mitarbeitern unserer Einrichtung zugänglich ist. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Alle Daten werden während der Erfassung und Übertragung auf Hochsicherheitsserver verschlüsselt. Die Server werden von der Firma **smart-q GmbH** betreut und gewartet. Für die Betreuung existieren die gesetzlich vorgeschriebenen Verträge nach DSGVO zwischen unserer Einrichtung, der Firma **painPool-SchmerzNetzNRW UG** als Vertragsgeber dieser Software und **smart-q GmbH**.

Zur Verbesserung der Versorgung werden Daten für eine externe Qualitätssicherung herangezogen, dabei werden die Daten pseudonymisiert, d.h. sie können Ihnen nicht zugeordnet werden.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis zur Abspeicherung der Daten. Dieses Einverständnis können Sie jeder Zeit widerrufen. **Bitte beachten sie die Erläuterung Ihrer Rechte bezüglich der elektronischen Datenspeicherung am Ende des Formulars.**

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.

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin mit der Verwendung der Daten für wissenschaftliche Zwecke einverstanden

Ort und Datum

Nachname, Vorname

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin mit der Abspeicherung und der pseudonymisierten Verwendung der im Fragebogen erhobenen Daten einverstanden.

Ort und Datum

Nachname, Vorname

Ihre Rechte gem. DSGVO

1. Recht auf Auskunft und Einsicht in die Krankenunterlagen

Sie haben das Recht, sich mit Ihrem behandelnden Arzt Einblick in die im Rahmen Ihrer Behandlung gesammelten Daten zu verschaffen.

2. Berichtigung Ihrer Daten

Wenn Sie Fehler an den von Ihnen hinterlegten Daten bemerken oder Korrekturen für notwendig halten, haben Sie das Recht auf Änderung/ Berichtigung.

3. Löschung Ihrer Daten

Sie haben das Recht, die Löschung Ihrer Daten zu verlangen. Bitte bedenken Sie aber die Konsequenzen, da Ihre Behandlungsdaten nicht mehr zur Verfügung stehen.

4. Widerruf/ Einwand der Genehmigung zur Datenspeicherung

Sie können jederzeit und ohne Begründung Ihr Einverständnis im Ganzen oder in Teilen zur Datenspeicherung widerrufen.