

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin,

um Ihnen eine optimale Anleitung zur Bewusstmachung, Koordinations- und Kraftverbesserung Ihres Beckenbodens vermitteln zu können, ist es im Rahmen eines Präventivangebotes möglich einen Beckenbodencheck up durchzuführen.

Dazu wird Ihre Physiotherapeutin einen perinealen Ultraschall und eine vaginale Tastuntersuchung durchführen.

Bitte ankreuzen was gewünscht ist:

- ☐ perinealer Ultraschall UND vaginale Tastuntersuchung
- ☐ nur perinealer Ultraschall

Diese Untersuchungen ermöglichen eine Kontrolle der erfolgreichen Umsetzung der Trainingsanweisung (Biofeedback).

Zur juristischen Absicherung der Physiotherapeutin bitte ich Sie um ihre schriftliche Zustimmung.

Bestätigung nach dem Aufklärungsgespräch:

Jule Fogli hat mich (Name).....geboren am.....

umUhr in einem persönlichen Gespräch aufgeklärt.

-Ich habe alle erforderlichen Informationen über die vaginale Tastuntersuchung und/oder den perinealen Ultraschall erhalten.

-Ich konnte alle Fragen stellen.

-Ich möchte freiwillig an der Untersuchung teilnehmen.

-Ich kann jederzeit die Untersuchung abbrechen.

-Die Untersuchung wurde mir erklärt.

-Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich bestätige alles gelesen zu haben und bin mit dem präventiven Check einverstanden.

Name:

Datum:

Unterschrift Kundin:

Unterschrift Jule Fogli:

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 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:

Jule Fogli

Engetsweiler Str. 11, 88239 Wangen

mamaworkout-jule@web.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Physiotherapeutin und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die ich erhebe. 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 berechnigte 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.

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:

Prof. Dr. Tobias Keber

Postfach 10 29 32

70025 Stuttgart

oder:

Lautenschlagerstraße 20

70173 Stuttgart

E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

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.

Ort, Datum:

Unterschrift Kundin:

Anamnese

Vor-,Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Email: _____ Gynäkologe/in: _____

Was ist dein Fokus beim Check up: _____

Kinder und Geburten:

- Anzahl der Kinder:
- Alter der Kinder:
- Rückbildung besucht: ☐ ja ☐ nein (Wenn ja wann:)
- aktuell stillend: ☐ ja ☐ nein ☐ abgestillt am:

	Geburtsdatum & Geburtsgewicht	Spontan/Saug-glocke/Seccio	Besonderheiten Schwangerschaft	Besonderheiten Geburt / Geburtsverlauf
Kind 1				
Kind 2				
Kind 3				
Kind 4				

Becken, Beckenboden:

Gefühlte Beckenbodenstabilität auf einer Skala 1-10 (10 ist top):

Kannst du deinen Beckenboden bewusst anspannen: ☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Ich leide unter folgenden Symptomen:

- o Inkontinenz bei Niesen, Husten, Springen ect.
- o häufiger Harndrang
- o Verstopfung
- o Druck-/Fremdkörpergefühl in der Vagina/Beckenboden
- o Schmerzen Becken/Beckenboden
- o Eindringsschmerz Vagina (Sex, gyn. Untersuchungen ect.)
- o Probleme mit der Kaiserschnittnarbe
- o Probleme mit der Dammnarbe
- o schlechte Beckenbodenwahrnehmung

Schilderung der eigenen Beschwerden:

Bauch, Rectusdiastase:

Gibt es Auffälligkeiten der Bauchwand, Bauchmuskulatur, Rectusdiastase?

Sonstiges:

Erkrankungen:

Vergangene Operationen:

Einnahme Medikamente:

Aktuelle sportliche Aktivitäten:

Schilderung weiterer Beschwerden (z.B Rückenschmerzen,Symphyse...):
