

AUFTRAG UND EINWILLIGUNG ZUR DATENÜBERMITTLUNG. ANAMNESEBOGEN.

A) ANGABEN ZUR PERSON UND ZUR KRANKENKASSE (BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN UND MIT SCHWARZEM STIFT AUSFÜLLEN.)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum

Geschlecht: männl. weibl.

Straße und Hausnummer _____ PLZ und Wohnort _____

Telefonnummer privat _____ Handynummer _____ E-Mail-Adresse _____

Name der Krankenkasse _____ Versichertennummer _____

Versichertenart: 1 - Mitglied 3 - Familienversicherter 5 - Rentner und ihre Familienangehörigen

B) INFORMATIONEN ZU IHREN RÜCKENSCHMERZEN

Größe: cm
Gewicht: kg

Sind Sie derzeit berufstätig? Ja Nein

Sind Sie aktuell krank geschrieben? Nein Ja, seit

Haben Sie aktuell einen Rentenantrag gestellt? Ja Nein

Wie lange leiden Sie schon an **Rückenschmerzen**? _____ (Jahre)

Ist bei Ihnen eine Rückenoperation geplant? Ja Nein

Haben Sie aktuell einen Reha-Antrag gestellt (kein Reha Sport)? Ja Nein

→ Wenn JA, wurde dieser bereits positiv beschieden? Ja Nein

1. An wie **vielen Tagen** haben Sie in den letzten 12 Monaten unter **Rückenbeschwerden** gelitten? **Tage**
2. An wie **vielen Tagen** waren in den letzten 12 Monaten Ihre beruflichen und privaten Aktivitäten durch die **Rückenbeschwerden** eingeschränkt? **Tage**
3. Wie oft haben Sie wegen Ihrer **Rückenbeschwerden** in den letzten 12 Monaten **einen Arzt aufgesucht**? **mal**
4. An wie vielen Tagen waren Sie wegen Ihrer **Rückenbeschwerden** in den letzten 12 Monaten **krankgeschrieben**? **Tage**
5. Wie viele Tage haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihrer Beschwerden **im Bett verbracht**? **Tage**

AUFTRAG UND EINWILLIGUNG ZUR DATENÜBERMITTLUNG. ANAMNESEBOGEN.

6. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Rückenprobleme **stationär im Krankenhaus oder zur Kur**?

7. Wie häufig nahmen Sie in den letzten 12 Monaten **Medikamente** gegen Ihre Rückenbeschwerden ein?

0 = keine Medikamente

1 = 1 bis 2 x jährlich

2 = 1 bis 2 x monatlich

3 = 1 bis 2 x wöchentlich

4 = täglich

8. Welche **Medikamente** nahmen Sie in den letzten 12 Monaten gegen Ihre **Rückenbeschwerden** ein?

opioidhaltigen Schmerzmittel

Antidepressiva

andere

9. Wie oft haben Sie aufgrund Ihrer **Rückenbeschwerden** in den letzten 12 Monaten **folgende Behandlungsformen** in Anspruch genommen?

Krankengymnastik Massagen Packungen Wärme-/ Elektrobehandlungen

Kernspintomographie chiropraktische Behandlung

C) DATENSCHUTZ- UND ERMÄCHTIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit ermächtige ich die mich behandelnde Ärztin/den mich behandelnden Arzt, die von mir in diesem Fragebogen gegebenen Informationen einschließlich der Angaben zu meiner Person und zur Krankenkasse an die FPZplus AG in Köln weiterzuleiten, damit dort geprüft werden kann, ob das in Betracht gezogene Behandlungsprogramm durchgeführt werden kann.

Die von mir gemachten Angaben werden auch maschinell gelesen und ausgewertet.

Rückfragen der FPZplus AG im Rahmen der dort vorgenommenen Prüfung können an mich telefonisch gerichtet werden, wenn ich unter Ziffer A) dieses Fragebogens Telefonnummern angegeben habe.

Das Ergebnis der Prüfung wird die FPZplus AG an meine Ärztin/meinen Arzt übermitteln, die/der mich hierüber in Kenntnis setzt.

Hiermit erkläre ich,

- dass ich mit der oben beschriebenen Vorgehensweise einverstanden bin und
- dass ich mit der Erhebung, der Verarbeitung und der hier beschriebenen Nutzung meiner angegebenen Daten und Angaben einverstanden bin und dass ich der Weitergabe dieser Daten und Angaben an die FPZplus AG zustimme und dies mit meiner Unterschrift bestätige und
- dass ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber meiner Ärztin/meinem Arzt und der FPZplus AG (Gustav-Heinemann-Ufer 88a, 50968 Köln oder info@fpz.de) widerrufen kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei der FPZplus AG gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der hier der FPZplus AG übertragenen Aufgaben dann nicht mehr benötigt werden.

Datum

Unterschrift