

Ihr erster Schritt.

Bitte laden Sie diese Datei herunter, füllen Sie die Felder aus und speichern Sie Ihre Kopie.

Wir empfehlen, den ausgefüllten Bogen als verschlüsselte, passwortgeschützte PDF an info@optimum-privatpraxis.de zu senden. Das Passwort bitte separat telefonisch mitteilen.
Alternativ: geschützter Dokumentenzugang oder zum Termin mitbringen. Kein automatischer Versand.

Persönliche Angaben

Nachname

Vorname

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon privat

Mobiltelefon

Telefon geschäftlich (optional)

E-Mail-Adresse

Versicherung

Bitte wählen

Alter

Sport / Hobbys

Beruf / Tätigkeit

Hausärztin / Hausarzt

Datum des Ausfüllens

Termin (falls bereits vereinbart)

Bitte sagen Sie Termine möglichst frühzeitig, spätestens 24 Stunden vorher, ab. Es gelten die mit der Praxis vereinbarten Terminbedingungen. Offene Fragen und erforderliche Unterschriften klären wir persönlich in der Praxis.

Ihre Beschwerden.

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst in Ihren eigenen Worten. Unklare Angaben besprechen wir gemeinsam.

1. Wo haben Sie Probleme? Bitte Körperregion, Seite und Ausstrahlung beschreiben.

2. Was sind Ihre Hauptbeschwerden?

3. Was sind Ihre Nebenbeschwerden?

4. Haben Sie Schmerzen?

Bitte wählen

5. Ist Ihre Beweglichkeit verändert?

Bitte wählen

6. Ist Ihr Gefühlsempfinden verändert (Brennen, Kribbeln, Taubheit, Überempfindlichkeit)?

Bitte wählen

7. Ist Ihre Kraft verändert (Kraftlosigkeit, Lähmung)?

Bitte wählen

8. Was bereitet Ihnen im Alltag Beschwerden?

Verlauf & Einflüsse.

Wann treten Beschwerden auf? Was verändert sie? Diese Angaben helfen uns bei der Einordnung.

9. Wie lange bestehen Haupt- und Nebenbeschwerden?

10. Gab es einen Auslöser (z. B. Unfall, Operation, Unverträglichkeit)?

11. Was verbessert Ihre Beschwerden?

12. Was verschlechtert Ihre Beschwerden?

13. Wie stark sind Ihre Schmerzen momentan? 0 = kein Schmerz; 10 = maximaler Schmerz.

Bitte wählen

14. Wie stark sind Ihre Schmerzen maximal? 0 = kein Schmerz; 10 = maximaler Schmerz.

Bitte wählen

15. Ihr allgemeiner Funktionsstatus? 0 = keine Funktion; 10 = ohne Einschränkung.

Bitte wählen

16. Wie ist Ihre Stimmung? 0 = niedergeschlagen; 10 = sehr gute Stimmung.

Bitte wählen

Beschwerden im Alltag.

Bitte wählen Sie eine Antwort. Nutzen Sie das Freitextfeld für Erläuterungen oder Unsicherheiten.

17. Bestehen Ihre Beschwerden permanent oder mit Unterbrechungen?

Bitte wählen

18. Beschreiben Sie den Tagesverlauf Ihrer Beschwerden.

19. Wie haben sich die Hauptbeschwerden über die Zeit verändert?

Bitte wählen

19. Wie haben sich die Nebenbeschwerden über die Zeit verändert?

Bitte wählen

20. Haben Sie Schmerzen beim Husten, Niesen, Pressen oder Schlucken?

Bitte wählen

21. Haben Sie Gang- oder Gleichgewichtsstörungen?

Bitte wählen

22. Sind Sie schwanger?

Bitte wählen

23. Haben Sie Kopfschmerzen?

Bitte wählen

24. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Ohnmachtsanfällen oder Schluckstörungen?

Bitte wählen

Erläuterungen zu Ihren Antworten (optional)

Gesundheit & Vorgeschichte.

Bitte nennen Sie bekannte Erkrankungen und Medikamente. Eine Medikamentenliste können Sie zum Termin mitbringen.

25. Haben Sie Diabetes?

Bitte wählen

26. Haben Sie Osteoporose?

Bitte wählen

27. Haben Sie weitere Erkrankungen oder Beschwerden (z. B. Bluthochdruck, Fieber, Unwohlsein)?

Bitte wählen

28. Haben Sie vegetative Beschwerden (z. B. Schwitzen, Frösteln)?

Bitte wählen

29. Haben Sie Beschwerden mit dem Verdauungstrakt?

Bitte wählen

Falls ja: Bitte Erkrankungen und Beschwerden zu 27-29 beschreiben.

30. Nehmen Sie momentan Medikamente ein?

Bitte wählen

Falls ja: Welche Medikamente und welche Dosierung?

31. Hatten Sie jemals einen Tumor oder eine Krebserkrankung?

Bitte wählen

32. Haben Sie nachts Schmerzen?

Bitte wählen

33. Haben Sie in den letzten Wochen unerwartet abgenommen?

Bitte wählen

34. Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder nächtliches Schwitzen?

Bitte wählen

Ihre Erfahrungen & Ziele.

Körperliche Beschwerden, seelische Belastung und Lebensumstände dürfen hier gemeinsam Platz haben.

35. Hatten Sie bereits Unfälle und/oder Operationen?

Bitte wählen

Falls ja: Welche und in welchem Jahr?

36. Sonstige Beschwerden (z. B. Sehen, Sprechen, Hören, Inkontinenz), unabhängig vom Hauptproblem?

Bitte wählen

Falls ja: Welche?

37. Fühlen Sie sich psychisch belastet (z. B. beruflich oder familiär)?

Bitte wählen

Falls ja: Was möchten Sie uns dazu mitteilen?

38. Haben Sie Bedenken, dass Belastung oder Bewegung Ihrem Problem schadet?

Bitte wählen

39. Glauben Sie, dass Ihr Problem langfristig anhalten wird?

Bitte wählen

40. Bisherige Diagnostik / Maßnahmen (z. B. Röntgen, CT, MRT, Spritze, Massage, Physiotherapie, anderes)

41. Welche Therapien wurden durchgeführt und mit welchem Erfolg?

42. Was sind Ihre Erwartungen und Ziele für die Therapie?

Vor der Anwendung

Bitte zu Hause die Anamnese ausfüllen. Behandlungsangaben und Einwilligungen besprechen und vervollständigen wir gemeinsam beim Termin.

Diese Unterlagen strukturieren die Vorbereitung und Dokumentation. Sie ersetzen weder das rechtzeitige, verständliche mündliche Aufklärungsgespräch noch die individuelle Prüfung von Indikation, Gegenanzeigen, Befähigung und rechtlicher Zulässigkeit. Es gibt keine pauschale Einwilligung in alle Praxisleistungen.

Im Einzelfall gemeinsam ergänzen

Präparate, Konzentrationen, Dosierungen, Zugangswege und Behandlungsregionen werden vor der jeweiligen Maßnahme eingetragen. Produktspezifische Risiken und Gegenanzeigen werden anhand der aktuellen Fachinformationen erläutert. Erst danach entscheiden Sie über die konkrete Behandlung. Leere Felder erlauben keine später frei gewählte Behandlung.

Für weitere Verfahren, insbesondere Geräteanwendungen und Ästhetik, erhalten Sie eine eigene, passende Aufklärung. Die hier aufgeführten Einwilligungen gelten dafür nicht automatisch.

Filmaufnahmen sind freiwillig. Die ausgewählten Kanäle und die fertige Fassung werden gesondert freigegeben.

Sicherheit vor jeder Maßnahme

Bitte Allergien, frühere Reaktionen auf Medikamente oder Betäubungsmittel, Blutverdünner, Gerinnungsstörungen, Schwangerschaft/Stillzeit, Herz-, Nieren- und Lebererkrankungen, Osteoporose, Infektionen, Implantate und frühere Ohnmachten angeben. Medikamente nicht eigenständig absetzen.

Name / Geburtsdatum

Ergänzungen zu Allergien, Medikamenten und besonderen Risiken

Bei plötzlich auftretender Atemnot, Bewusstlosigkeit, Lähmung, Sprach- oder Sehstörung sofort 112. Auch neue ungewöhnlich starke Kopf-/Nackenschmerzen nach einer Behandlung müssen dringend medizinisch beurteilt werden.

Osteopathie

Ergänzung zum Anamnesebogen | Nur nach persönlicher Aufklärung ausfüllen

Art und Ziel: Untersuchung und manuelle Behandlung von Bewegungsapparat und Geweben mit individuell gewählten Techniken. Ziel und Erfolgsaussichten hängen vom Befund ab; eine Heilung wird nicht zugesichert.

Wesentliche Risiken: Möglich sind vorübergehende Schmerzen, Muskelkatergefühl, Müdigkeit, Schwindel oder eine Beschwerdezunahme. Je nach Technik und Vorerkrankung sind Gewebe-, Gelenk-, Nerven- oder Knochenverletzungen möglich. Knochenbrüchigkeit, akute Entzündungen, Tumorerkrankungen und Gefäßprobleme können gegen bestimmte Techniken sprechen.

Alternativen und Hinweise: Je nach Befund kommen Abwarten mit Verlaufskontrolle, Bewegung/Training, Physiotherapie oder ärztliche Abklärung und andere Behandlungen infrage. Impulstechniken an der Wirbelsäule benötigen eine eigene konkrete Aufklärung; sie sind hier nicht pauschal eingeschlossen.

Patient/in / konkrete Maßnahme, Region bzw. Präparat, Dosis oder Laborumfang

Individuelle Risiken, Alternativen, Fragen, Kosten und Nachsorge - im Gespräch ergänzen

Entscheidung nach dem Gespräch

- ☐ Ich willige in die oben konkret bezeichnete Maßnahme ein.
- ☐ Ich möchte die Maßnahme derzeit nicht / benötige weitere Bedenkzeit.

Nur eine Entscheidung auswählen. Fragen wurden beantwortet; meine Einwilligung ist jederzeit vor oder während der Maßnahme widerrufbar. Eine Kopie der ausgefüllten Unterlagen erhalte ich. Kein Verzicht auf Haftungs- oder Patientenrechte.

Ort, Datum, Uhrzeit / Patient/in / Unterschrift (handschriftlich oder vereinbartes Signaturverfahren)

Aufklärende und behandelnde Person / Gesprächsdatum und Unterschrift

Chiropraktik

Ergänzung zum Anamnesebogen | Nur nach persönlicher Aufklärung ausfüllen

Art und Ziel: Mobilisation oder kurze manuelle Impulse an konkret benannten Gelenken. Behandlungsregion, Technik und erwarteter Nutzen werden vorab festgelegt.

Wesentliche Risiken: Möglich sind vorübergehende Schmerzen, Steifigkeit, Kopfschmerzen oder Schwindel. Seltene schwerwiegende Komplikationen umfassen Frakturen, Bandscheiben-, Nerven- oder Rückenmarksschäden bis zu bleibenden Ausfällen. Bei Manipulationen der Halswirbelsäule wurden Halsarterienverletzungen (Dissektionen) und Schlaganfälle berichtet; die genaue Häufigkeit und die ursächliche Zuordnung sind unsicher. Darüber ist ausdrücklich zu sprechen.

Alternativen und Hinweise: Alternativen können Mobilisation ohne Impuls, aktive Übungen, Physiotherapie oder ärztliche Diagnostik sein. Bei Verdacht auf Gefäßprobleme, Instabilität, akute neurologische Ausfälle oder erhebliche Knochenbrüchigkeit keine Manipulation ohne vorherige geeignete Abklärung.

Patient/in / konkrete Maßnahme, Region bzw. Präparat, Dosis oder Laborumfang

Individuelle Risiken, Alternativen, Fragen, Kosten und Nachsorge - im Gespräch ergänzen

Entscheidung nach dem Gespräch

- ☐ Ich willige in die oben konkret bezeichnete Maßnahme ein.
- ☐ Ich möchte die Maßnahme derzeit nicht / benötige weitere Bedenkzeit.

Nur eine Entscheidung auswählen. Fragen wurden beantwortet; meine Einwilligung ist jederzeit vor oder während der Maßnahme widerrufbar. Eine Kopie der ausgefüllten Unterlagen erhalte ich. Kein Verzicht auf Haftungs- oder Patientenrechte.

Ort, Datum, Uhrzeit / Patient/in / Unterschrift (handschriftlich oder vereinbartes Signaturverfahren)

Aufklärende und behandelnde Person / Gesprächsdatum und Unterschrift

Neuraltherapie / Injektionen

Ergänzung zum Anamnesebogen | Nur nach persönlicher Aufklärung ausfüllen

Art und Ziel: Injektion eines konkret festzulegenden Mittels in eine benannte Region. Wirkstoff, zugelassene Anwendung bzw. etwaiger Off-Label-Einsatz, Dosis, Tiefe und Zweck müssen vorab erläutert und dokumentiert werden.

Wesentliche Risiken: Möglich sind Einstichschmerz, Bluterguss, Blutung, Infektion, Kreislaufreaktion sowie Gefäß-, Nerven- oder Gewebeverletzung. Lokalanästhetika können allergische Reaktionen bis zum lebensbedrohlichen Schock auslösen; bei systemischer Toxizität sind Krampfanfälle, Herzrhythmusstörungen und Kreislaufstillstand möglich. Je nach Injektionsort kommen weitere Risiken, beispielsweise ein Pneumothorax bei brustkorbnäheren tiefen Injektionen, hinzu.

Alternativen und Hinweise: Alternativen richten sich nach der Diagnose, etwa nichtinvasive Behandlung, Bewegung, ärztlich abgestimmte Schmerztherapie oder Verzicht. Diese Anlage deckt keine nicht beschriebenen tiefen, gefäßnahen oder sonstigen speziellen Injektionen ab; hierfür ist gesonderte Aufklärung erforderlich.

Patient/in / konkrete Maßnahme, Region bzw. Präparat, Dosis oder Laborumfang

Individuelle Risiken, Alternativen, Fragen, Kosten und Nachsorge - im Gespräch ergänzen

Entscheidung nach dem Gespräch

- ☐ Ich willige in die oben konkret bezeichnete Maßnahme ein.
- ☐ Ich möchte die Maßnahme derzeit nicht / benötige weitere Bedenkzeit.

Nur eine Entscheidung auswählen. Fragen wurden beantwortet; meine Einwilligung ist jederzeit vor oder während der Maßnahme widerrufbar. Eine Kopie der ausgefüllten Unterlagen erhalte ich. Kein Verzicht auf Haftungs- oder Patientenrechte.

Ort, Datum, Uhrzeit / Patient/in / Unterschrift (handschriftlich oder vereinbartes Signaturverfahren)

Aufklärende und behandelnde Person / Gesprächsdatum und Unterschrift

Infusionstherapie

Ergänzung zum Anamnesebogen | Nur nach persönlicher Aufklärung ausfüllen

Art und Ziel: Verabreichung konkret benannter Substanzen über einen venösen Zugang. Zusammensetzung, Menge, Geschwindigkeit, Zweck und Evidenz einschließlich Grenzen des Nutzens müssen vorab festgelegt werden.

Wesentliche Risiken: Der Zugang kann Schmerzen, Bluterguss, Nachblutung, Infektion und Venenentzündung verursachen. Flüssigkeit außerhalb der Vene kann Gewebeschäden auslösen. Hinzu kommen präparatspezifische Unverträglichkeiten, Wechselwirkungen und allergische Reaktionen bis zum lebensbedrohlichen Schock. Je nach Substanz und Vorerkrankung können Flüssigkeits-/Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen oder Organbelastungen auftreten.

Alternativen und Hinweise: Alternativen können orale Einnahme bei nachgewiesenem Bedarf, Ernährungsmaßnahmen, Behandlung der Ursache oder Verzicht sein. Nieren-/Herzerkrankungen, Schwangerschaft und Medikamente sind vorab zu prüfen. Keine Zustimmung zu einer unbekannten Mischung; aktuelle Produktinformationen ergänzen.

Patient/in / konkrete Maßnahme, Region bzw. Präparat, Dosis oder Laborumfang

Individuelle Risiken, Alternativen, Fragen, Kosten und Nachsorge - im Gespräch ergänzen

Entscheidung nach dem Gespräch

- ☐ Ich willige in die oben konkret bezeichnete Maßnahme ein.
- ☐ Ich möchte die Maßnahme derzeit nicht / benötige weitere Bedenkzeit.

Nur eine Entscheidung auswählen. Fragen wurden beantwortet; meine Einwilligung ist jederzeit vor oder während der Maßnahme widerrufbar. Eine Kopie der ausgefüllten Unterlagen erhalte ich. Kein Verzicht auf Haftungs- oder Patientenrechte.

Ort, Datum, Uhrzeit / Patient/in / Unterschrift (handschriftlich oder vereinbartes Signaturverfahren)

Aufklärende und behandelnde Person / Gesprächsdatum und Unterschrift

Blutabnahme / Labor

Ergänzung zum Anamnesebogen | Nur nach persönlicher Aufklärung ausfüllen

Art und Ziel: Entnahme einer vereinbarten Blutmenge aus einer Vene zur Untersuchung konkret ausgewählter Laborwerte. Umfang, Fragestellung, Labor und mögliche Zusatzkosten werden vorab besprochen.

Wesentliche Risiken: Möglich sind Einstichschmerz, Bluterguss, Nachblutung, Schwindel oder Ohnmacht. Infektionen und Nervenreizungen/-verletzungen sind möglich. Blutverdünner und Gerinnungsstörungen erhöhen das Blutungsrisiko. Laborwerte können falsch auffällig oder unauffällig sein und Folgeuntersuchungen auslösen; sie ersetzen keine klinische Beurteilung.

Alternativen und Hinweise: Je nach Fragestellung kommen vorhandene Befunde, Verlaufskontrolle oder Verzicht auf nicht erforderliche Werte infrage. Einstichstelle nach Anweisung komprimieren; bei anhaltender Blutung, starker Schwellung, zunehmenden Schmerzen oder Infektionszeichen die Praxis bzw. ärztliche Hilfe kontaktieren. Genetische Untersuchungen sind hier nicht eingeschlossen.

Patient/in / konkrete Maßnahme, Region bzw. Präparat, Dosis oder Laborumfang

Individuelle Risiken, Alternativen, Fragen, Kosten und Nachsorge - im Gespräch ergänzen

Entscheidung nach dem Gespräch

- ☐ Ich willige in die oben konkret bezeichnete Maßnahme ein.
- ☐ Ich möchte die Maßnahme derzeit nicht / benötige weitere Bedenkzeit.

Nur eine Entscheidung auswählen. Fragen wurden beantwortet; meine Einwilligung ist jederzeit vor oder während der Maßnahme widerrufbar. Eine Kopie der ausgefüllten Unterlagen erhalte ich. Kein Verzicht auf Haftungs- oder Patientenrechte.

Ort, Datum, Uhrzeit / Patient/in / Unterschrift (handschriftlich oder vereinbartes Signaturverfahren)

Aufklärende und behandelnde Person / Gesprächsdatum und Unterschrift

Datenschutz zur Behandlung

Information nach Art. 13 DSGVO | Praxisbezogene Ergänzungen vor Datenerhebung aushändigen

Verantwortlich: Privatpraxis Optimum UG (haftungsbeschränkt), Künkelinstraße 28, 73614 Schorndorf; Geschäftsführer Denis Brennenstuhl und Franco Sanna. Kontakt: info@optimum-privatpraxis.de; Telefon +49 157 53713472.

Daten und Zweck: Stammdaten, Kontakt-, Gesundheits-, Befund-, Behandlungs- und Abrechnungsdaten dienen der Anamnese, Versorgung, Dokumentation und Abrechnung. Die erforderliche Verarbeitung erfolgt insbesondere nach Art. 6 Abs. 1 lit. b und c sowie Art. 9 Abs. 2 lit. h, Abs. 3 DSGVO in Verbindung mit den einschlägigen nationalen Vorschriften, insbesondere § 22 BDSG. Die konkrete Anwendbarkeit ist vor Nutzung zu prüfen. Sie wird nicht durch eine pauschale Werbeeinwilligung ersetzt.

Empfänger: Nur berechtigte Personen und erforderliche Dienstleister, soweit eine tragfähige Rechtsgrundlage besteht. Die tatsächlich eingesetzten Labore, IT-/Hosting- und ggf. Abrechnungsdienstleister sind vor Einsatz dieser Information konkret zu ergänzen. Weitergaben an andere Behandelnde erfolgen nur mit erforderlicher Rechtsgrundlage bzw. gesonderter Freigabe.

Tatsächliche Empfänger/Dienstleister und Datenschutzkontakt, ggf. Datenschutzbeauftragte/r

Aufbewahrung: Behandlungsdokumentation grundsätzlich zehn Jahre nach Behandlungsabschluss (§ 630f BGB), soweit andere Vorschriften keine abweichende Frist vorsehen. Für sonstige Daten gelten zweckbezogene und gesetzliche Fristen. Keine automatische Löschung der Behandlungsakte allein durch Widerruf einer Filmfreigabe.

Ihre Rechte: Nach den gesetzlichen Voraussetzungen Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung und Datenübertragbarkeit; Widerspruch bei Verarbeitung auf Grundlage berechtigter Interessen. Einwilligungen können mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Beschwerde beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg: www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de.

Bereitstellung: Für eine sichere Behandlung sind relevante Angaben erforderlich; fehlen sie, kann eine Maßnahme ggf. nicht durchgeführt werden. Freiwillige Filmangaben beeinflussen die Versorgung nicht. Die PDF versendet keine Eingaben automatisch. Weitere Website-Hinweise: optimum-privatpraxis.de/datenschutz/. Angaben zu Drittlandübermittlungen und automatisierten Entscheidungen müssen anhand der tatsächlichen Systeme ergänzt werden.

☐ Ich habe die vollständigen Datenschutzhinweise erhalten (Kenntnisnahme, keine Werbeeinwilligung).

Aufnahmen - freiwillige Auswahl

Separat von Behandlung und Anamnese | Für volljährige, einwilligungsfähige Personen

Die Praxis möchte Foto-/Video- und gegebenenfalls Tonaufnahmen für ihre Öffentlichkeitsarbeit verwenden. Ihre Behandlung ist auch ohne Aufnahme und Veröffentlichung uneingeschränkt möglich. Nichts ist vorausgewählt. Leere, widersprüchliche oder unvollständige Angaben gelten nicht als Zustimmung.

Name / gefilmter Termin / konkret vorgesehene Szene und Inhalt

1. Aufnahmeentscheidung - eine Auswahl

- ☐ Nein, ich möchte keine Aufnahmen für Social Media.
- ☐ Ja, ich erlaube die beschriebenen Aufnahmen zur Erstellung einer Vorschau.

2. Darstellung in der Veröffentlichung - eine Auswahl

- ☐ Erkennbar: Mein Gesicht und die gesondert ausgewählte Stimme dürfen erscheinen.
- ☐ Unkenntlich: Gesicht, Name, Stimme und erkennbare Merkmale wie Tattoos sind zu verdecken, zu entfernen oder zu verändern.

Auch verdeckte Gesichter garantieren keine vollständige Anonymität: Körpermerkmale, Umfeld oder Behandlungssituation können Rückschlüsse ermöglichen. Die Praxis prüft die gewünschte Unkenntlichmachung vor Veröffentlichung; Rohaufnahmen bleiben zunächst personenbezogen.

3. Umfang - nur ausdrücklich Gewähltes

- ☐ Bild / Video ohne Originalton
- ☐ Zusätzlich Originalton / meine Stimme (nicht bei unkenntlicher Darstellung)
- ☐ Zusätzlich meine ausdrücklich freigegebenen Aussagen zu Beschwerden/Behandlung

Keine Namen, Diagnosen, Befundunterlagen oder sonstigen Gesundheitsdetails außerhalb der beschriebenen und später freigegebenen Szene. Keine Freigabe für fremde Werbung, KI-Training oder weitere Zwecke.

Kanäle und Veröffentlichung

Freiwillige Auswahl | Keine Plattform ist vorausgewählt

- ☐ TikTok - Veröffentlichung auf dem unten bezeichneten OPTIMUM-Profil
- ☐ Instagram - Veröffentlichung auf dem unten bezeichneten OPTIMUM-Profil
- ☐ Facebook - Veröffentlichung auf der unten bezeichneten OPTIMUM-Seite
- ☐ YouTube - Veröffentlichung auf dem unten bezeichneten OPTIMUM-Kanal

Genaue Profil-/Kanalnamen oder Links zu den ausgewählten Plattformen

Die Auswahl gilt für normale Praxisbeiträge, Reels, Shorts und Stories. Bezahlte Werbeanzeigen benötigen eine zusätzliche, gesonderte Zustimmung. Keine Veröffentlichung auf nicht ausgewählten Plattformen.

Für die gewählten Kanäle: Betreiber und Hinweise zur Datenverarbeitung / Drittlandübermittlung

Datenschutzhinweise der Plattformen:

TikTok: www.tiktok.com/legal/page/eea/privacy-policy/de

Instagram / Facebook: www.facebook.com/privacy/policy/

YouTube: policies.google.com/privacy?hl=de

Die Praxis erläutert vor der Freigabe die für die gewählten Kanäle relevanten Angaben und stellt sie auf Wunsch als Kopie zur Verfügung.

Name Patient/in / Datum / besprochene Plattforminformationen

Veröffentlichung und Nachlass

Zusammen mit Aufnahmeauswahl und Kanalauswahl ausfüllen

Geplante Nutzungsdauer / Löschfrist für nicht verwendete Rohaufnahmen / Schnittdienstleister

Öffentliche Verbreitung: Freigegebene Inhalte können weltweit abgerufen, kopiert, weitergegeben und über Suchmaschinen gefunden werden. Plattformen verarbeiten Daten nach eigenen Regeln; je nach Betreiber sind Drittlandübermittlungen möglich. Konkrete Betreiber, Datenschutzhinweise und Übermittlungsgrundlagen sind vor der Zustimmung mitzuteilen. Eine vollständige Entfernung fremder Kopien kann die Praxis nicht garantieren.

Einwilligung: Die Veröffentlichung erfolgt nur nach gesonderter Freigabe der fertigen Fassung. Grundlage sind Art. 6 Abs. 1 lit. a und bei erkennbaren Gesundheitsinformationen ausdrücklich Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO sowie, soweit anwendbar, § 22 KUG. Eine gegebenenfalls erforderliche Entbindung von der Verschwiegenheit ist ausschließlich auf diese konkret freigegebenen Inhalte und Empfänger beschränkt.

5 % Nachlass: Bei freiwilliger Teilnahme an den vereinbarten Aufnahmen erhält die Patientin/der Patient 5 % Nachlass auf das vereinbarte Behandlungshonorar ausschließlich des oben bezeichneten gefilmten Termins. Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird entsprechend ausgewiesen. Der Nachlass hängt nicht von einer positiven Bewertung oder einem Behandlungserfolg ab. Keine rückwirkende Rückforderung bei späterem Widerruf oder verweigerter Freigabe der fertigen Fassung.

Widerruf: Jederzeit formlos an info@optimum-privatpraxis.de oder persönlich/postalisch an die Praxis. Er gilt für die Zukunft, berührt die bisher rechtmäßige Nutzung nicht und hat keine Nachteile für die Behandlung. Die Praxis beendet neue Veröffentlichungen und entfernt kontrollierbare Veröffentlichungen ohne unnötige Verzögerung; eine begrenzte Nachweisaufbewahrung bleibt nur bei entsprechender Rechtsgrundlage zulässig.

☐ Ich habe die vollständigen Angaben erhalten und willige ausdrücklich in die oben ausgewählte Aufnahmeverarbeitung ein. Veröffentlichung erst nach folgender Endfreigabe.

Datum / Unterschrift Patient/in und Praxis

Endfreigabe: Clip-/Bildkennung und Fassung / konkrete Kanäle / Datum / Unterschrift