

**Als neue(n) Patientin / Patienten begrüßen wir Sie herzlich in unserer Praxis und möchten Sie bitten, alle 4 Seiten dieses Fragebogens vollständig auszufüllen.**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Beruf / Tätigkeit: \_\_\_\_\_

bei minderjährigen Patienten der Vor- und Nachname eines Elternteils:

\_\_\_\_\_

**Bei welcher Krankenkasse sind Sie?** \_\_\_\_\_

**Wie sollen wir Sie abrechnen? Als: Privatversichert**  **Beihilfeversichert**  **Selbstzahler**   
(Wenn Sie sich unsicher sind, sprechen sie uns gerne an)

**Bei Privat-, Beihilfe- und Heilpraktikerzusatzversicherten bitte den Tarif angeben:**

\_\_\_\_\_

**Wie haben Sie von uns erfahren?**

Internet  Patient  Arzt  Hebamme  Empfehlung  Praxisschild  Sonstige

Wir möchten Sie ausdrücklich darauf hinweisen, dass unsere Praxis keine Kassenzulassung besitzt und nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) abrechnet. Beachten Sie bitte, dass die Behandlungskosten von den gesetzlichen Kassen (bis auf wenige Ausnahmen) nicht übernommen werden.

Private Krankenkassen und Zusatzversicherungen, Beihilfe und die Postkasse B erstatten die Behandlungskosten nach jeweils unterschiedlichen Sätzen. Eine Gewähr für eine Erstattung unserer Rechnungen durch diese Kostenträger können wir daher leider nicht übernehmen. Es liegt in der Verantwortung des Patienten, Veränderungen des Versicherungsstatus, der Anschrift und sonstige abrechnungsrelevante Daten aktuell zu halten.

Wen Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Bei kurzfristigeren Absagen oder Nichterscheinen müssen wir Ihnen den Termin in Rechnung stellen.

Esslingen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Zur Ursache, wie können wir Ihnen helfen?

Bitte beschreiben Sie in einigen Stichworten den Grund Ihres Besuches:

---

---

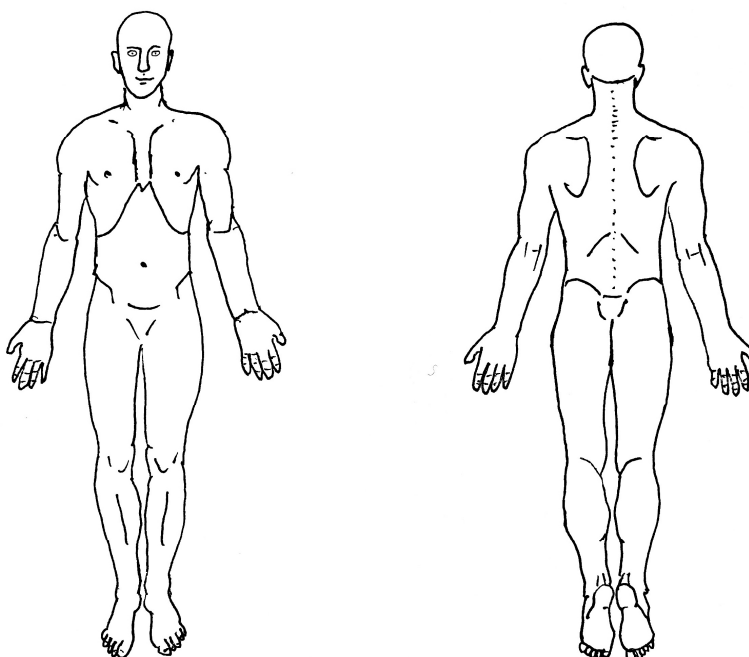
Haben Sie Schmerzen? Ja  Nein

Ihre Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10: \_\_\_\_\_



Wo befinden Sie Ihre Beschwerden?

Wenn möglich kennzeichnen Sie die Beschwerdestellen / Regionen. Wenn Sie ausstrahlenden Schmerzen, Kribbeln oder Taubheitsgefühle verspüren zeichnen Sie bitte auch diese Bereiche mit ein.



Seit wann bestehen die Beschwerden?      Tage       Wochen       Monate

Wie haben Ihre Beschwerden begonnen?      Plötzlich       Langsam

Wodurch wurden die Beschwerden ausgelöst? z.B. Unfall/Verheben/plötzliche Bewegung

---

Haben Sie früher schon ähnliche Beschwerden gehabt?      Ja  Nein

Wodurch bessern sich die Beschwerden?

---

Wodurch verstärken sich die Beschwerden?

---

Haben Sie schon andere Heilmethoden für Ihre Beschwerden versucht bzw. befinden Sie sich derzeit in Behandlung?

---

**Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen**

|                             | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              | <b>Erläuterungen:</b> |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Krebs                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Rheuma / Gicht              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Hauterkrankungen            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Thromboseneigung            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Stoffwechselerkrankungen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Infektionserkrankungen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Psychische Erkrankungen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Osteoporose                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Wiederkehrende Krankheiten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |

**Litten Sie unter Schäden verursacht durch:**

|   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              | <b>Erläuterungen:</b> |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Unfälle*                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Knochenbrüche und Bänderrisse*          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Sind Sie schon mal operiert worden? *   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| Sonstige Verletzungen*                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |
| *Haben Sie hierdurch bleibende Schäden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 |

**Nehmen Sie Medikamente? Ja  Nein  Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?**

---

| <b>Leiden Sie unter...</b> | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              | <b>Erläuterung:</b> |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| Kopfschmerzen / Migräne    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Schwindelgefühl            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Sehstörungen               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Ohrengeräuschen            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Kieferbeschwerden          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Übelkeit/Sodbrennen        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Atembeschwerden            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Konzentrationschwäche      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Gewichtsverlust            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Verdauungsstörungen        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Sonstiges, bitte erläutern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| <b>Für Frauen</b>          |                          |                          |                     |
| Regelschmerzen?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |
| Sind Sie schwanger?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               |

**Was sind Ihre Erwartungen an uns?**

---

---

## **Aufklärungsbogen über mögliche Risiken der Behandlung**

### **Liebe Patientin, lieber Patient,**

durch einen qualifizierten Therapeuten ausgeführt, bietet sowohl die chiropraktische als auch die osteopathische Behandlung eine der risikoärmsten Therapien in der Medizin. Die Sorgfalts- und Aufklärungspflicht gebietet es jedoch, jeden Patienten über die typischen Risiken und die möglichen Folgen der Behandlung zu informieren. Diese Informationen sollen das anschließende Aufklärungsgespräch vorbereiten und die wichtigsten Punkte dokumentieren. Zur Vollständigkeit der Untersuchung gehört die Einbeziehung des ganzen Körpers. Es ist daher von Vorteil auf geeignete Kleidung zu achten.

### **Behandlungsreaktionen:**

Wird die Muskulatur behandelt, können manchmal Stunden bis Tage später muskuläre Schmerzen (ähnlich einem Muskelkater) auftreten, welche, besonders, wenn sie mit Eis behandelt werden, schnell wieder abklingen. Es kann kurzfristig zu einem Instabilitätsgefühl im behandelten Bereich kommen, sowie zu vorübergehender Müdigkeit, Kopfschmerz und leichtem Schwindel. Alle diese Reaktionen sind normal und völlig ungefährlich.

### **Alternative und ergänzende Behandlungsmethoden:**

Für die Behandlung funktioneller Erkrankungen des Bewegungssystems kann es therapeutische Alternativen geben wie z.B. Krankengymnastik, Osteopathie, Medikamente und Operationen. Für die Abwägung des für Sie besten Therapiekonzepts stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### **Behandlungsrisiken:**

Die manuelle Behandlung der Wirbelsäule ist eine vergleichsweise sehr risikoarme Behandlung. Gewisse Risiken ergeben sich – wie bei fast allen medizinischen Eingriffen – aus nicht zuvor erkannten Grunderkrankungen, welche ernsthafte Komplikationen nach sich ziehen können.

- Bandscheibenvorfälle können sich in seltenen Fällen verschlechtern und Lähmungen hervorrufen
- Mit einer Komplikationsrate von weniger als 1:1 Millionen, kann es bei der Behandlung der Halswirbelsäule zu Gefäßverletzungen mit bleibenden Hirnschädigungen kommen.
- Bei ausgeprägter Osteoporose besteht in seltenen Fällen die Möglichkeit, im Rahmen der Behandlung eine Rippe zu brechen.

Einige Therapeuten verwenden Akupunkturnadeln im Rahmen der Behandlung. Diese Nadeln sind steril verpackt und werden nur einmal verwendet. Das durchdringen der Haut kann trotz größter Vorsicht zu vorübergehenden Blutungen, blauen Flecken und Infektionen führen. In seltensten Fällen kann eine Behandlung im Bereich des Brustkorbs zu dem Kollaps eines Lungenflügels führen (Pneumothorax). Die Behandlung eines Pneumothorax erfolgt im Krankenhaus.

Um die oben erwähnten Risiken so gering wie möglich zu halten, legen wir großen Wert auf ein eingehendes Vorgespräch sowie eine körperliche Untersuchung. Dennoch sei angemerkt, dass selbst bei sorgfältiger Untersuchung nicht alle möglichen Erkrankungen (wie Tumoren, Entzündungen, Fehlbildungen oder Frakturen) erkannt werden können und therapiebedingte Komplikationen teils schwerwiegend sein können.

### **Es bestehen folgende Einschränkungen zu meiner Zustimmung:**

---

### **Zustimmung zur Datenverarbeitung und Einwilligungserklärung**

Ich stimme dem Zugriff auf meine Patientenakte durch alle behandelnden Therapeuten innerhalb dieser Praxis zu. Darüber hinaus erlaube ich Rezeptionskräften den Zugriff für die Erfassung von Stammdaten sowie zu Abrechnungszwecken.

**Das angehängte Dokument zur „Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ sowie den „Aushang zur Patienteninformation zum Datenschutz“ auf der Vorder- bzw. Rückseite des Klemmbretts habe ich gelesen und verstanden.**

**Ich fühle mich ausreichend über die Risiken der Behandlung informiert.** Ich habe die obigen Ausführungen dazu gelesen und verstanden. In einem persönlichen Aufklärungsgespräch konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Umfang sowie mögliche Risiken der Behandlung und über Behandlungsalternativen stellen. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein. Sie können jederzeit die Zustimmung zur Behandlung mündlich oder schriftlich zurücknehmen.

Esslingen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_