

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 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 die Abrechnung sich an dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) orientiert.

Die Behandlungskosten werden (bis auf wenige Ausnahmen) von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen oder erstattet und müssen von Ihnen getragen werden. Private Krankenkassen und Zusatzversicherungen, Beihilfe und die Postkasse B etc. erstatten die Behandlungskosten nach jeweils unterschiedlichen Sätzen. Eine Gewähr für eine Erstattung unserer Rechnungen durch diese Kostenträger übernehmen wir nicht.

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Bei kurzfristigeren Absagen oder Nichterscheinen stimmen Sie zu, dass wir Ihnen den Termin privat in Rechnung stellen dürfen.

Im Falle einer ausstehenden Zahlung auch nach zweimaliger Mahnung erteilen Sie die Erlaubnis, dass zum Zwecke der Durchsetzung der Forderung alle hierfür notwendigen Daten einschließlich personenbezogenen Daten, Leistungs- und Diagnoseziffern, die Rechnung etc. zum Zwecke der Eintreibung an einen gesetzlichen Vertreter weitergegeben werden dürfen und wir von der therapeutischen Schweigepflicht diesem gegenüber entbunden sind.

Es liegt in der Verantwortung des Patienten, Veränderungen des Versicherungsstatus, der Anschrift und sonstige abrechnungsrelevante Daten aktuell zu halten.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Zur Ursache, wie können wir Ihnen helfen?

Bitte beschreiben Sie in einigen Stichworten den Grund Ihres Besuches:

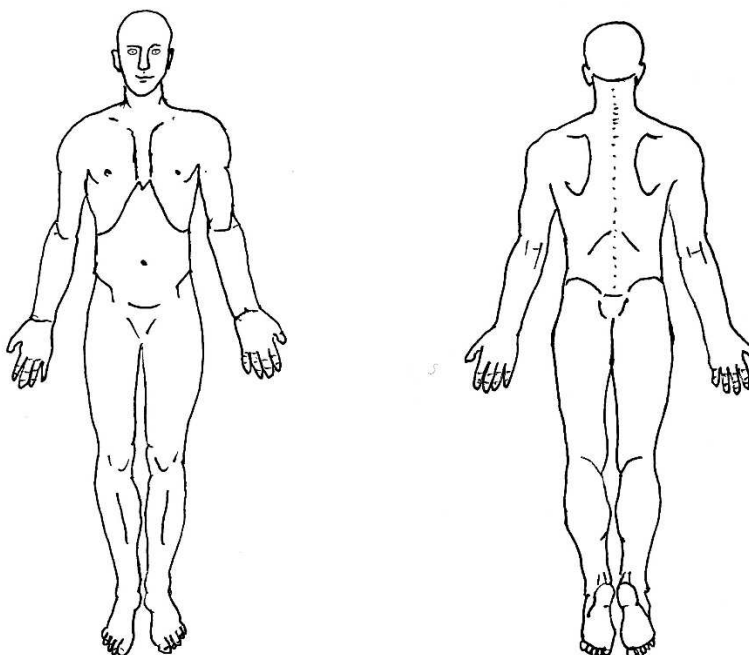
Haben Sie Schmerzen? Ja Nein

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

	Ja	Nein	Erläuterungen:
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:

	Ja	Nein	Erläuterungen:
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?

Leiden Sie unter...	Ja	Nein	Erläuterung:
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"/>	_____

Für Frauen

Regelschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Waren 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 bzw. Chiropraktik, 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.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____