

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

Vorname und Name: \_\_\_\_\_ Geschlecht: M  W

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

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Wie sollen wir Ihr Kind abrechnen? Als: Privatversichert  Beihilfeversichert  Selbstzahler

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

\_\_\_\_\_

Wie haben Sie von uns erfahren?

Internet  Patient  Arzt  Hebamme  Empfehlung  Praxisschild  Sonstige

**Behandlungsvertrag:**

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 weitergeben 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.

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie neben der Zustimmung zum Behandlungsvertrag, dass Sie für das obenstehende Kind erziehungsberechtigt sind, und im Sinne anderer Erziehungsberechtigten oder gesetzlichen Vertreten handeln, sowie in deren Sinne Entscheidungen treffen dürfen.**

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben Sie in einigen Stichworten den Grund Ihres Besuches:

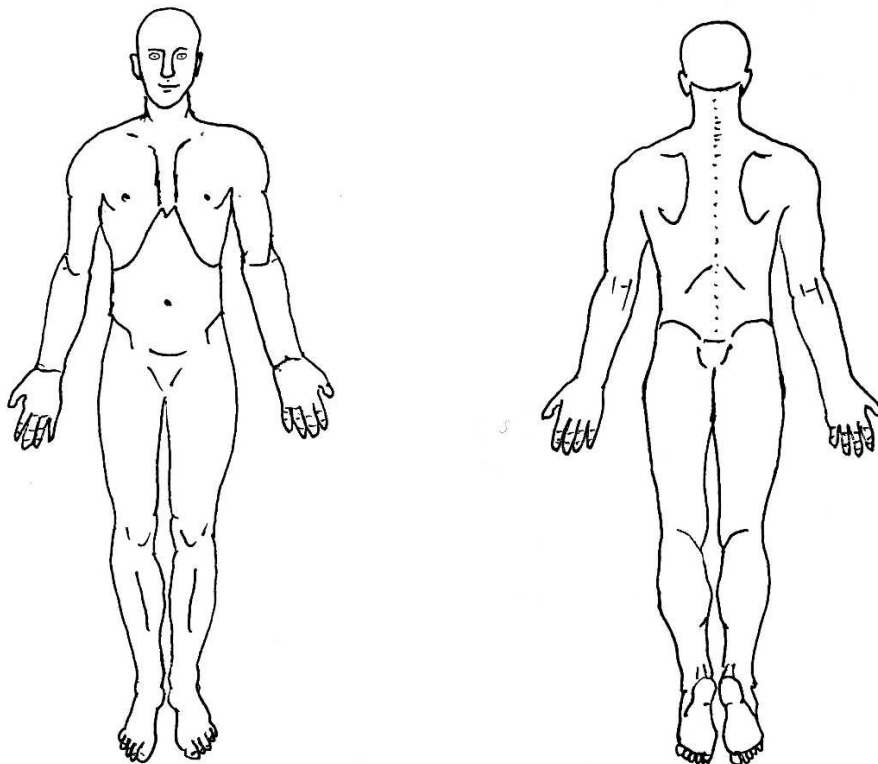
---

---

Wenn Ihr Kind Beschwerden hat, wie stark sind diese ausgeprägt? - bitte ankreuzen.



Wenn Ihr Kind Beschwerden hat, wo befinden sich diese? - bitte einzeichnen.



Bei Beschwerden, seit wann bestehen diese? Tage  Wochen  Monate

Bei Beschwerden, wie haben diese begonnen – gab es einen Auslöser?

---

Bei Beschwerden, verändern diese sich im Tagesverlauf? - morgens, mittags, abends, nachts

---

Falls Ihr Kind Beschwerden hat:

Seit wann bestehen diese? Tage  Wochen  Monate

Wie haben die Symptome begonnen? Plötzlich  Langsam

Gab es einen Auslöser für die Symptome? – wenn ja, welchen?

---

Gibt es motorische Auffälligkeiten? - wenn ja, welche?

---

Entwickelt sich Ihr Kind „normal“? - wenn nein, bitte kurz beschreiben:

---

Gibt es Auffälligkeiten in der Schule? - wenn ja, bitte kurz beschreiben:

---

Hat Ihr Kind Auffälligkeiten wie...	Ja	Nein	Erläuterung:
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ein- und Durchschlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Unregelmäßiger Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bettnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wachstumsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Außergewöhnliche Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges, bitte erläutern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Leidet oder litt Ihr Kind an Folgendem:	Ja	Nein	Erläuterung:
Hüftdysplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wiederkehrende Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kopfverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brüchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzkreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Genetische Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wurde Ihr Kind operiert?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

War Ihr Kind stationär im Krankenhaus?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Kann Ihr Kind konzentriert spielen?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Wie häufig hat Ihr Kind im letzten Jahr Antibiotika bekommen? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon andere Heilmethoden versucht bzw. befindet sich Ihr Kind derzeit in Behandlung?

---

Bekommt Ihr Kind Medikamente? Ja  Nein  -wenn ja, welche Medikamente bekommt Ihr Kind?

---

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.

### **Behandlungsreaktionen:**

Kinder sind nach einer Behandlung häufig müde und schlafen vermehrt. Gelegentlich kann es jedoch auch dazu kommen, dass Kinder nach einer Behandlung aktiver oder aufgebrachter sind als zuvor. Gelegentlich kann es aufgrund der Untersuchung und Behandlung zu blauen Flecken kommen. Alle diese Reaktionen sind normal und völlig ungefährlich. Reaktionen welche mehr als 24 Stunden nach einer Behandlung auftreten stehen im Regelfall nicht mehr mit der Behandlung in Verbindung.

### **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 unentdeckten Tumoren, Entzündungen, Fehlbildungen wie auch Frakturen kann es zu unvorhersehbaren Schäden kommen.

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 erkannt werden können und therapiebedingte Komplikationen teils schwerwiegend sein können.

Es bestehen folgende Einschränkungen zu meiner Zustimmung:

---

### **Zustimmung zur Behandlung und Datenverarbeitung**

**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.

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.**

Sie können jederzeit die Zustimmung zur Behandlung mündlich oder schriftlich zurücknehmen.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_