

Als neue(n) Patientin / Patienten begrüßen wir Sie und Ihr Kind herzlich in unserer Praxis und 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 die Abrechnung vornehmen? 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 die 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.

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 Vertretern handeln, sowie in deren Sinne Entscheidungen treffen dürfen.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Hat Ihr Kind weitere Auffälligkeiten wie...	Ja	Nein	Erläuterung:
Ein- und Durchschlafprobleme	☐	☐	_____
Vermehrtes Schreien	☐	☐	_____
Schwierigkeiten beim Schlucken o. Saugen	☐	☐	_____
Vermehrtes Spucken	☐	☐	_____
Unregelmäßiger Stuhlgang	☐	☐	_____
Beschwerden beim Stuhlgang	☐	☐	_____
Leichte Erregbarkeit	☐	☐	_____
Sonstiges, bitte erläutern	☐	☐	_____

Leidet oder litt Ihr Kind an Folgendem:	Ja	Nein	Erläuterung:
Hüftdysplasie	☐	☐	_____
Wiederkehrende Erkrankungen	☐	☐	_____
Chronische Erkrankungen	☐	☐	_____
Kopfverletzungen	☐	☐	_____
Brüchen	☐	☐	_____
Krebs	☐	☐	_____
Hauterkrankungen	☐	☐	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	☐	_____
Stoffwechselerkrankungen	☐	☐	_____
Genetischen Veränderungen	☐	☐	_____

Wurde Ihr Kind operiert	☐	☐	_____
-------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

Bestehen bei Ihrem Kind oder Angehörigen Gefäß- und/oder Bindegewbserkrankungen (z.B.: Marfan Syndrom, Ehlers Danlos Syndrom, polycystische Nierenerkrankungen, fibromuskuläre Dysplasie, Osteogenesis imperfecta oder Morbus Recklinghausen) Ja ☐ Nein ☐

Was sind Ihre Erwartungen an uns?

Aufklärungsbogen über mögliche Risiken der Behandlung

Liebe Eltern, liebe Patientin, lieber Patient,

Wenn sie durch einen qualifizierten Therapeuten ausgeführt wird, 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 aufgebracht sind als zuvor. Gelegentlich kann es aufgrund der Untersuchung und Behandlung zu blauen Flecken kommen. 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 _____