Chiro & Co Zentrum für Chiropraktik

Inhaber: Paul Neumann, MChiro, MSc Chiropractic, Physiotherapeut, Heilpraktiker
Kollwitzstraße 1, 73728 Esslingen · Tel. 0711 91206010 · info@chiroco.de

ZENTRUM FÜR CHIROPRAKTIK CHIRO & CO

Anmeldung & Behandlungsvertrag, Minderjährige (0–17 Jahre)

Behandlungsvertrag im Sinne der §§ 630a ff. BGB · Wird von einer sorgeberechtigten Person ausgefüllt und am Ende unterschrieben.

1. Patientendaten (Kind / Jugendlicher) und sorgeberechtigte Person

Name, Vorname (Kind / Jugendlicher)	_____
Geburtsdatum	_____
Straße / Hausnummer	_____
PLZ / Ort	_____
Krankenkasse / Versicherer und Tarif (PKV / Beihilfe / freie Heilfürsorge / Zusatz)	_____
Name, Vorname (sorgeberechtigte Person = Vertragspartner)	_____
Anschrift (falls abweichend)	_____
Telefon (mobil)	_____
E-Mail	_____

Wie sollen wir abrechnen? ☐ Privat / HP-Zusatz ☐ Beihilfe / freie Heilfürsorge ☐ Selbstzahler

Aufmerksam geworden durch: ☐ Internet ☐ Empfehlung Patient ☐ Empfehlung Arzt / Hebamme ☐ Praxisschild ☐ Sonstige

2. Vertragspartner, Vertragsgegenstand und Behandlungsmethoden

Mit Ihrer Unterschrift schließen Sie als sorgeberechtigte Person mit der Praxis Chiro & Co Zentrum für Chiropraktik, Inhaber Paul Neumann (nachfolgend „die Praxis“), einen Behandlungsvertrag über die heilkundliche Behandlung des oben genannten Kindes bzw. Jugendlichen (nachfolgend „der Patient“). **Vertragspartner und Zahlungspflichtiger ist die unterzeichnende sorgeberechtigte Person**; minderjährige Patienten können selbst keinen wirksamen Behandlungsvertrag schließen. Die Praxis schuldet eine fachgerechte heilkundliche Behandlung, nicht jedoch einen Heilungserfolg. Die eingesetzten Behandlungsmethoden, ihre Risiken und Alternativen sind im jeweiligen Aufklärungsbogen beschrieben; die medizinische Einwilligung erfolgt dort. Alle Techniken werden an Alter, Körperbau und Entwicklungsstand des Patienten angepasst. Wir orientieren uns am aktuellen Stand der Wissenschaft; gleichwohl sind nicht alle in der Praxis angewandten Verfahren und Techniken schulmedizinisch anerkannt. Die Behandlung ersetzt keine ärztliche, insbesondere keine kinder- und jugendärztliche, Diagnostik oder Therapie. Erscheint eine ärztliche Abklärung erforderlich, weisen wir Sie unverzüglich darauf hin. Als Heilpraktiker-Praxis stellen wir keine Arbeitsunfähigkeits- oder Schulunfähigkeitsbescheinigungen aus und verordnen keine verschreibungspflichtigen Medikamente.

3. Leistungserbringung durch die behandelnden Personen der Praxis

Die Behandlung erfolgt durch eine in der Praxis tätige, entsprechend qualifizierte und berechtigte behandelnde Person. In Abweichung von § 613 Satz 1 BGB sind Sie damit einverstanden, dass die Leistung durch jede solche Person der Praxis (angestellt oder freiberuflich tätig) erbracht werden kann.

4. Honorar und wirtschaftliche Aufklärung (§ 630c Abs. 3 BGB)

Bei Privat-, Beihilfe- und Zusatzversicherten sowie Heilfürsorgeberechtigten rechnen wir unsere Leistungen nach dem **Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)** ab, in der Regel zum jeweiligen Höchstsatz. Die maßgeblichen Sätze ergeben sich aus dem **Honorarverzeichnis**, das als Anlage Bestandteil dieses Vertrags ist. Bei der Rechnungsstellung berücksichtigen wir die Versicherungsart des Patienten soweit wie möglich. Bei Selbstzahlern rechnen wir in der Regel folgende Pauschalbeträge ab: Ersttermin zwischen 120–140 €, Folgetermin Chiropraktik zwischen 75–85 €, Folgetermin Osteopathie zwischen 100–115 €; der genaue Betrag richtet sich nach den im Einzelfall erbrachten Leistungen.

- Gesetzliche Krankenkassen erstatten unsere Leistungen, bis auf einzelne Satzungsleistungen, nicht.
- PKV, Zusatzversicherungen, Beihilfe und freie Heilfürsorge erstatten tarif- bzw. vorschriftenabhängig; eine Gewähr für die Erstattung übernehmen wir nicht. Klären Sie die Erstattung möglichst vor Behandlungsbeginn.
- Einzelne Sätze können über den erstattungs-/beihilfe-/heilfürsorgefähigen Höchstbeträgen liegen. Differenzen zwischen Erstattung und Rechnungsbetrag tragen Sie als **Eigenanteil**; der Honoraranspruch gegen die unterzeichnende sorgeberechtigte Person besteht unabhängig von jeder Erstattung in voller Höhe.

5. Rechnungsstellung und Versand

Rechnungen stellen wir standardmäßig elektronisch über unsere Praxissoftware Lemniscus bereit. Der Abruf erfolgt datenschutzkonform über einen Zwei-Kanal-Weg mit Zwei-Faktor-Authentifizierung (Benachrichtigung per E-Mail, Freischaltcode per SMS); ein Versand per einfacher, unverschlüsselter E-Mail findet nicht statt. **Auf Wunsch versenden wir Rechnungen per Post; hierfür berechnen wir das jeweils gültige Porto der Deutschen Post.**

6. Termine, Absage, Verspätung und Ausfallhonorar

Termine werden verbindlich und ausschließlich für den Patienten reserviert. Bitte sagen Sie einen Termin spätestens **24 Stunden** vor dem vereinbarten Beginn ab, am einfachsten über den **Stornierungslink** in Ihrer Terminbestätigung, alternativ per **E-Mail** an info@chiroco.de oder **telefonisch** unter 0711 91206010 (außerhalb der Öffnungszeiten auf den Anrufbeantworter). Maßgeblich ist der Zugang der Absage bei uns. Bei späterer Absage oder unangekündigtem Nichterscheinen geraten Sie in Annahmeverzug (§§ 615, 293 ff. BGB). Wir berechnen dann folgendes pauschaliertes Ausfallhonorar: **Ersttermin / Neupatient 60 €, Folgetermin Osteopathie 50 €, Folgetermin Chiropraktik 40 €.**

Verspätung: Bitte erscheinen Sie pünktlich. Bei einer Verspätung von mehr als 10 Minuten besteht kein Anspruch auf eine vollständige Behandlung; die Behandlung endet zum ursprünglich vorgesehenen Zeitpunkt. Ist eine fachgerechte Behandlung in der verbleibenden Zeit nicht mehr möglich, gilt der Termin als nicht wahrgenommen; wir berechnen dann das jeweilige Ausfallhonorar. Das Ausfallhonorar entfällt, wenn der Termin kurzfristig anderweitig vergeben werden konnte; in begründeten Härtefällen (z. B. medizinischer Notfall) verzichten wir auf die Berechnung. **Ihnen bleibt der Nachweis gestattet, dass uns kein oder ein wesentlich geringerer wirtschaftlicher Nachteil entstanden ist.** Diese Regelungen gelten auch im Fall der Verspätung. Das Ausfallhonorar ist keine Behandlungsleistung und wird von gesetzlicher Krankenkasse, PKV, Beihilfe und freier Heilfürsorge nicht erstattet.

7. Mitteilungspflichten

Bitte informieren Sie uns wahrheitsgemäß über parallel laufende ärztliche, insbesondere kinder- und jugendärztliche, oder heilkundliche Behandlungen, die Einnahme von Medikamenten (auch frei verkäuflicher Präparate), Vor- und Grunderkrankungen, Operationen und Allergien des Patienten, bei Jugendlichen auch über eine bestehende oder vermutete Schwangerschaft, sowie über Veränderungen seines Gesundheitszustands. Das Verschweigen solcher Umstände kann die Behandlung beeinträchtigen. Bitte teilen Sie uns auch Änderungen der Kontakt- und Versicherungsdaten sowie Änderungen des Sorgerechts mit.

8. Forderungsbeitreibung, Inkasso und Schweigepflichtentbindung

Begleichen Sie eine Rechnung trotz zweimaliger Mahnung nicht, sind wir berechtigt, die Forderung an das von uns beauftragte Inkassounternehmen **Culpa Inkasso GmbH, Schockenriedstraße 8b, 70565 Stuttgart**, zu übergeben. Dieses ist durch einen Vertrag nach Art. 28 DSGVO an uns gebunden und als mitwirkende Person zur Verschwiegenheit verpflichtet (§ 203 Abs. 3 und 4 StGB). Übermittelt werden die zur Durchsetzung erforderlichen Kontakt- und Vertragsdaten sowie die **vollständige Rechnung einschließlich der dort ausgewiesenen Diagnoseziffern**. Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie uns, beschränkt auf diesen Zweck, ausdrücklich von der Schweigepflicht; dies umfasst ausdrücklich auch die Diagnoseziffern des Patienten. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO (berechtigtes Interesse an der Forderungsdurchsetzung). Entsprechendes gilt für die Beauftragung eines Rechtsanwalts oder ein gerichtliches Mahnverfahren.

9. Schweigepflicht und Datenschutz

Wir bewahren über alle Umstände, die uns über den Patienten und Sie bekannt werden, Verschwiegenheit. Ausgenommen sind gesetzliche Offenbarungspflichten (z. B. Infektionsschutzgesetz) und die unter Ziffer 8 geregelte Forderungsbeitreibung. Die sorgeberechtigten Personen informieren wir über alle behandlungsrelevanten Umstände; bei einsichtsfähigen Jugendlichen berücksichtigen wir deren Vertraulichkeitsinteressen im gesetzlichen Rahmen. Für die Verarbeitung personenbezogener Daten gilt die **Datenschutzinformation der Praxis (Teil A, Art. 13 DSGVO)**. Sie erhalten sie als eigenständiges Informationsblatt mit diesen Unterlagen (letztes Blatt des Pakets, verbleibt bei Ihnen); sie liegt zudem in der Praxis aus und ist unter chiroco.de/formulare abrufbar; den Erhalt bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift unter Ziffer 11. Die Verarbeitung der Gesundheitsdaten zum Zweck der Behandlung und der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation beruht auf Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit § 22 BDSG und § 630f BGB und bedarf keiner Einwilligung. Die optionale Einwilligung in die Kommunikation per E-Mail ist auf der Schlussseite dieses Vertrags gesondert geregelt; sie ist freiwillig und keine Voraussetzung der Behandlung.

10. Vertragsdauer und Kündigung

Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft, läuft auf unbestimmte Zeit und ist nach §§ 627, 630b BGB jederzeit von beiden Seiten kündbar. Bereits erbrachte Leistungen werden nach den vertraglichen Regelungen abgerechnet. Dieser Vertrag ersetzt eine etwaige frühere Honorarvereinbarung zwischen den Parteien.

11. Unterschrift

Die medizinische Einwilligung in die Behandlung erfolgt gesondert nach dem Aufklärungsgespräch (Aufklärungsbogen Jugendliche 12–17 Jahre); dort ist auch die Sorgerechtserklärung enthalten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich **sorgeberechtigt** für den oben genannten Patienten bin, die Ziffern 1–11 gelesen und verstanden habe und mit den Konditionen, einschließlich Ausfallhonorar und Verspätungsregel (Ziffer 6) und Schweigepflichtentbindung zur Forderungsbeitreibung (Ziffer 8), einverstanden bin.

Die Datenschutzinformation der Praxis (Teil A) habe ich erhalten.

_____	_____
Datum	Unterschrift sorgeberechtigte Person

Optionale Einwilligung: Terminkommunikation per E-Mail

Einfache E-Mails sind auf dem Übertragungsweg nicht durchgehend geschützt. In Kenntnis dessen willige ich als sorgeberechtigte Person freiwillig ein, dass die Praxis mir über die oben angegebene E-Mail-Adresse **Terminbestätigungen und Terminerinnerungen** per einfacher E-Mail sendet und auf E-Mails, die ich der Praxis schreibe, auf demselben Weg **antwortet**; dabei können Termindaten (Name, Datum, Behandlungsart) enthalten sein. Weitere E-Mail-Kommunikation, insbesondere Befunde oder Diagnosen, findet nicht statt; **Rechnungen** stellt die Praxis ausschließlich über den gesicherten Zwei-Faktor-Weg oder per Post bereit, dafür ist diese Einwilligung nicht erforderlich. Die Einwilligung ist freiwillig und jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerruflich; ohne sie erfolgt die Terminkommunikation telefonisch. Rechtsgrundlagen: Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Meine Unterschrift in diesem Block ist die Einwilligung.

_____	_____
Datum	Unterschrift sorgeberechtigte Person

Aufklärung über Behandlungsmethoden, Risiken und Alternativen, Jugendliche (12–17)

Medizinische Aufklärung nach § 630e BGB · Bitte vor dem Aufklärungsgespräch aufmerksam lesen

Name, Vorname (Patientin / Patient)	_____
Geburtsdatum	_____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor Sie in eine Behandlung einwilligen, möchten wir Sie über deren Wesen, Bedeutung und Tragweite, über mögliche Risiken sowie über Behandlungsalternativen informieren. Dieser Bogen ergänzt das **persönliche Aufklärungsgespräch** mit der behandelnden Person, er ersetzt es nicht. Sie können ihn jederzeit online einsehen (chiroco.de/formulare), um ihn in Ruhe zu lesen und Fragen vorzubereiten.

1. Behandlungsmethoden

- **Chiropraktik:** manuelle Mobilisation und Manipulation (Adjustment) von Wirbelsäule und Gelenken, ergänzt um Weichteiltechniken und Übungen, zur Wiederherstellung der normalen Beweglichkeit und Funktion.
- **Osteopathie:** manuelle Behandlung von Strukturen des Bewegungsapparats, der Faszien und des Bindegewebes einschließlich craniosakraler Techniken.

2. Wissenschaftlicher Stellenwert

Für die manuelle Behandlung von Rücken- und Nackenschmerzen liegt eine gute Studienlage vor; internationale Leitlinien (NICE NG59, American College of Physicians 2017) und eine Cochrane-Übersichtsarbeit (Rubinstein u. a., 2019) empfehlen bzw. belegen sie als eine wirksame Behandlungsoption. Für andere Beschwerdebilder ist die Studienlage weniger klar, wir ordnen dies ggf. im Aufklärungsgespräch ein.

3. Typische Behandlungsreaktionen

Nach der Behandlung können vorübergehend muskelkaterähnliche Schmerzen (Stunden bis wenige Tage), ein kurzzeitiges Instabilitätsgefühl, leichte Müdigkeit, leichter Kopfschmerz oder Schwindel sowie selten kleine Blutergüsse auftreten. Diese Reaktionen sind normal und klingen von selbst ab. Beschwerden, die später als 24 Stunden nach der Behandlung neu auftreten, stehen in der Regel nicht mehr mit ihr in Zusammenhang.

4. Behandlungsrisiken der in der Praxis verwendeten Verfahren

Die Behandlung ist insgesamt risikoarm. Wie bei nahezu jeder medizinischen Maßnahme können jedoch, insbesondere bei zuvor unbekannten Grunderkrankungen, Komplikationen auftreten:

- vorübergehende Verstärkung der bestehenden Beschwerden,
- Verschlechterung eines bestehenden Bandscheibenvorfalls, in seltenen Fällen mit Lähmungserscheinungen,
- Reizung von Nervenwurzeln mit vorübergehenden, selten länger andauernden Beschwerden,
- bei schwerer Osteoporose in seltenen Fällen Rippen- oder Wirbelbrüche,
- bei unentdeckten Tumoren, Entzündungen, Fehlbildungen oder Brüchen unvorhersehbare Schäden.

Sehr selten kann es bei Manipulationen der Halswirbelsäule zu einer Verletzung einer hirnversorgenden Arterie (Dissektion der Arteria vertebralis oder carotis) mit der möglichen Folge eines Schlaganfalls und bleibender Schäden kommen. Große Studien (u. a. Cassidy 2008) fanden kein höheres Schlaganfallrisiko als nach einem gewöhnlichen Arztbesuch; der zeitliche Zusammenhang erklärt sich danach meist durch eine bereits bestehende, noch unerkannte Dissektion, wegen der die Betroffenen Hilfe suchen. Andere Untersuchungen geben die Häufigkeit mit etwa 1 : 400.000 bis 1 : 5,85 Millionen Behandlungen an. Vor jeder Behandlung der Halswirbelsäule untersuchen wir Sie sorgfältig auf Risikofaktoren. Sollten dennoch einmal ungewöhnlich starke Nacken- oder Kopfschmerzen, Seh-, Sprach- oder Gangstörungen, starker Schwindel oder Taubheitsgefühle neu auftreten, kontaktieren Sie bitte uns oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst.

5. Behandlungsalternativen

Je nach Befund kommen unter anderem Physiotherapie / Krankengymnastik, medikamentöse Schmerztherapie, in bestimmten Fällen operative Verfahren oder abwartendes Verhalten mit Bewegung und Eigenübungen in Betracht. Jede Alternative hat eigene Vor- und Nachteile, Risiken und Kosten; im Aufklärungsgespräch besprechen wir, welcher Weg für Ihre Situation geeignet ist.

6. Bedenkzeit

Die Aufklärung erfolgt so rechtzeitig, dass Sie Ihre Entscheidung wohlüberlegt treffen können (§ 630e Abs. 2 BGB); deshalb ist dieser Bogen bereits in Ihrer Terminbestätigung verlinkt. Eine Behandlung unmittelbar im Anschluss an das Aufklärungsgespräch führen wir nur durch, wenn Sie ausdrücklich auf weitere Bedenkzeit verzichten (Ziffer 8).

7. Einschränkungen Ihrer Einwilligung

Sie können einzelne Verfahren oder Körperregionen von der Behandlung ausnehmen; vermerken Sie dies bitte hier, die Einschränkung wird dokumentiert. **Bitte beachten Sie:** Bei Einschränkungen, insbesondere der Halswirbelsäule, findet im Regelfall zunächst keine Behandlung statt. Bitte halten Sie in diesem Fall bereits vor Ihrem Termin kurz telefonisch Rücksprache mit uns (0711 91206010); wir besprechen dann das weitere Vorgehen. Eine Behandlung des ausgenommenen Bereichs erfolgt erst, wenn Sie die Einschränkung schriftlich zurückgenommen haben.

Ggf. folgende Einschränkungen:

8. Sorgerechtserklärung, Bestätigung der Aufklärung und Einwilligung

Sorgerecht (bitte Zutreffendes ankreuzen):

☐ **Ich bin allein sorgeberechtigt.**

☐ **Wir sind gemeinsam sorgeberechtigt. Ich erkläre, dass die andere sorgeberechtigte Person mit der Behandlung einverstanden ist und mich zur Entscheidung über die hier vorgesehene Behandlung ermächtigt hat.**

Mit meiner Unterschrift bestätige und erkläre ich:

- Ich habe die Informationen unter Ziffern 1–7 gelesen und verstanden und hatte ausreichend Zeit dafür.
- Ich habe ein persönliches Aufklärungsgespräch geführt und konnte alle mir wichtigen Fragen stellen. Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ **Ich verzichte ausdrücklich auf weitere Bedenkzeit und wünsche die Behandlung noch heute.**
- Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung ein, vorbehaltlich der unter Ziffer 7 vermerkten Einschränkungen. Ich kann diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mündlich oder schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum	Unterschrift Patientin / Patient	Unterschrift sorgeberechtigte Person

Sie erhalten eine Abschrift dieses unterzeichneten Bogens (§ 630e Abs. 2 Satz 2 BGB).

Honorarverzeichnis

Anlage zum Behandlungsvertrag · Bestandteil des Vertrags · Stand: Juli 2026

Wir rechnen unsere Leistungen bei Privat- und Zusatzversicherten nach den **Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)** ab; darüber hinausgehende Honorare berechnen wir nicht. Bei Beihilfe- und Heilfürsorgeberechtigten rechnen wir nach den Sätzen der Spalte „Honorar Beihilfe / freie Heilfürsorge“ ab. Bei der Rechnungsstellung berücksichtigen wir Ihren Tarif, soweit uns dies möglich ist. Je Termin werden die tatsächlich erbrachten Leistungen berechnet; in einer Sitzung können mehrere Ziffern anfallen. Die in unserer Praxis üblichen Ziffern und Honorare:

GebüH-Ziffer	Leistung	Honorar PKV / Zusatz	Honorar Beihilfe / freie Heilfürsorge
1	Eingehende Untersuchung	20,50 €	15,00 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher	20,50 €	12,00 €
13.1	Sonstige Untersuchungen	31,00 €	6,00 €
17.1	Neurologische Untersuchung	26,00 €	21,00 €
20.1	Atemtherapie, Atemmassage, Entspannungsbehandlung	31,00 €	8,00 €
20.2	Nervenpunktmassage	15,50 €	6,00 €
20.3	Bindegewebsmassage	20,50 €	6,00 €
20.7	Medico-mechanische Behandlung	26,00 €	6,00 €
21.1	Akupunktur (Nadelstichtechnik), Dry Needling	26,00 €	23,00 €
34.1	Chiropraktische Behandlung	18,00 €	4,00 €
34.2	Chiropraktischer Eingriff, gezielt	19,00 €	17,00 €
35.1	Osteopathische Behandlung, Unterkiefer	15,50 €	11,00 €
35.2	Osteopathische Behandlung, Schulter	26,00 €	26,00 €
35.3	Osteopathische Behandlung, Hand / Fuß	26,00 €	26,00 €
35.4	Osteopathische Behandlung, Schlüsselbein / Knie	15,50 €	12,00 €
35.5	Osteopathische Behandlung, Daumen	13,00 €	10,00 €
35.6	Osteopathische Behandlung, Finger / Zehen	13,00 €	10,00 €
39.11	Elektromechanische / thermische Behandlung	31,00 €	4,00 €

Selbstzahler (einschließlich gesetzlich Versicherter ohne Zusatzversicherung) zahlen in der Regel folgende Pauschalbeträge: **Ersttermin zwischen 120–140 €, Folgetermin Chiropraktik zwischen 75–85 €, Folgetermin Osteopathie zwischen 100–115 €**; der genaue Betrag richtet sich nach den im Einzelfall erbrachten Leistungen. Eigene Kindersätze bestehen nicht; für Kinder und Erwachsene gelten dieselben Sätze.

Eigenanteil: PKV, Zusatzversicherung, Beihilfe und freie Heilfürsorge erstatten tarif- bzw. bemessungssatzabhängig; die Erstattung kann unter dem vereinbarten Honorar liegen. Die Differenz tragen Sie als Eigenanteil; der Honoraranspruch der Praxis besteht unabhängig von jeder Erstattung in voller Höhe. Gesetzliche Krankenkassen erstatten unsere Leistungen, bis auf einzelne Satzungsleistungen, nicht. Das Ausfallhonorar (Ziffer 6 des Behandlungsvertrags) ist keine Behandlungsleistung und wird von keinem Kostenträger erstattet.

Heilkundliche Leistungen sind nach § 4 Nr. 14 UStG umsatzsteuerfrei; die genannten Beträge enthalten daher keine Umsatzsteuer.

Anamnesebogen, Jugendliche (12–17)

Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____

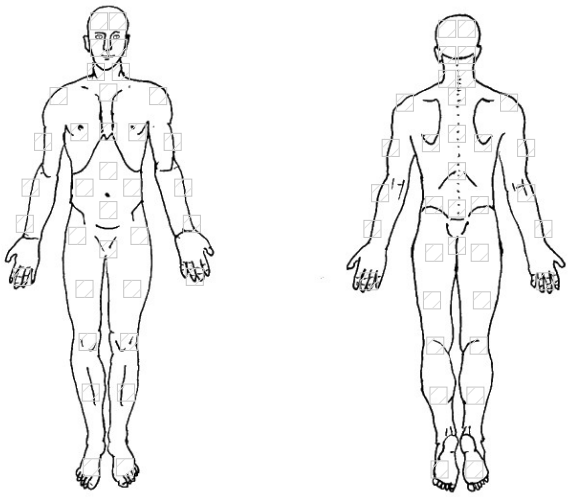
Ihre Kontakt- und Abrechnungsdaten erfassen wir in der Anmeldung zum Behandlungsvertrag, hier bitte nicht erneut eintragen.

1. Anlass Ihres Besuchs: Bitte beschreiben Sie in Stichworten den Grund Ihres Besuchs:

Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein? 0 (sehr schlecht) bis 10 (ausgezeichnet): _____

Haben Sie Schmerzen? ☐ Ja ☐ Nein Stärke der Beschwerden auf einer Skala von 0 (keine) bis 10 (maximal): _____

Wo befinden sich Ihre Beschwerden? Bitte kennzeichnen Sie die betroffenen Regionen im Körperschema. Ausstrahlende Schmerzen, Kribbeln oder Taubheitsgefühle zeichnen Sie bitte ebenfalls ein. Sie können auch mit dem Stiftwerkzeug direkt einzeichnen.



Seit wann bestehen die Beschwerden? ☐ Tage ☐ Wochen ☐ Monate ☐ Jahre
Wie haben die Beschwerden begonnen? ☐ plötzlich ☐ langsam

Wodurch wurden die Beschwerden ausgelöst (z. B. Unfall, Verheben, plötzliche Bewegung)? _____
Hatten Sie früher schon ähnliche Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

Wodurch bessern sich die Beschwerden? _____

Wodurch verstärken sich die Beschwerden? _____

Verändern sich die Beschwerden im Tagesverlauf (morgens, mittags, abends, nachts)? _____

Welche Behandlungen haben Sie bereits versucht, bzw. wo sind Sie derzeit in Behandlung? _____

_____

Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welchen? _____

2. Krankengeschichte

Litten oder leiden Sie unter Folgen von:

	Ja	Nein	Erläuterung
Unfällen	☐	☐	
Knochenbrüchen oder Bänderrissen	☐	☐	
Operationen *(welche, wann?)*	☐	☐	
Sonstigen Verletzungen	☐	☐	
Bestehen hierdurch bleibende Schäden?	☐	☐	

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

	Ja	Nein	Erläuterung
Krebserkrankung	☐	☐	
Rheuma	☐	☐	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	☐	☐	
Schlaganfall / Durchblutungsstörung des Gehirns	☐	☐	
Thrombose / Thromboseneigung	☐	☐	
Stoffwechselerkrankung *(z. B. Diabetes)*	☐	☐	
Infektionserkrankung	☐	☐	
Hauterkrankung	☐	☐	
Psychische Erkrankung	☐	☐	
Wiederkehrende oder chronische Erkrankungen	☐	☐	
Genetische Veränderungen oder Bindegewebserkrankungen	☐	☐	

Leiden Sie unter ...

	Ja	Nein	Erläuterung
Kopfschmerzen / Migräne	☐	☐	
Schwindelgefühl	☐	☐	
Sehstörungen	☐	☐	
Ohrgeräuschen	☐	☐	
Kieferbeschwerden	☐	☐	
Übelkeit / Sodbrennen	☐	☐	
Atembeschwerden	☐	☐	
Konzentrationsschwäche	☐	☐	
Ungewolltem Gewichtsverlust	☐	☐	
Verdauungsstörungen / Bauchschmerzen	☐	☐	
Schnarchen und/oder Mundatmung	☐	☐	
Wachstumsschmerzen	☐	☐	
Sonstigem, bitte erläutern	☐	☐	

Weitere Fragen:

Zeit pro Tag mit Fernseher, Computer oder Smartphone (ca.): _____

Nehmen Sie Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche? _____

Rauchen/Trinken Sie oder konsumieren Sie Betäubungsmittel? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, was? _____

3. Ihre Erwartungen an uns

4. Für Mädchen und Frauen

	Ja	Nein	Erläuterung
Haben Sie einen Zyklus, wenn ja, wie lange?	☐	☐	
Haben Sie Beschwerden während des Zyklus?	☐	☐	
Gibt es gynäkologische Diagnosen?	☐	☐	
Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	☐	☐	

Patienteninformation zum Datenschutz (Teil A)

Information nach Art. 13 und 14 DSGVO · Dieses Blatt verbleibt bei Ihnen; Sie können es mitnehmen oder in der Praxis lassen. Es liegt zudem in der Praxis aus und ist unter chiroco.de/formulare abrufbar. Eine Unterschrift ist hier nicht erforderlich; den Erhalt bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift unter dem Behandlungsvertrag.

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten, ist uns wichtig. Mit dieser Information erläutern wir Ihnen, welche Daten wir zu welchen Zwecken verarbeiten, auf welcher Rechtsgrundlage dies geschieht, an wen Daten weitergegeben werden und welche Rechte Ihnen zustehen. Bei minderjährigen Patienten gilt diese Information gegenüber der sorgeberechtigten Person, die den Behandlungsvertrag schließt; sie betrifft dann die Daten des Kindes und, soweit erhoben, die Daten der sorgeberechtigten Person.

1. Verantwortlicher

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist: **Paul Neumann, Chiro & Co Zentrum für Chiropraktik, Kollwitzstraße 1, 73728 Esslingen**, Telefon: 0711 91206010, E-Mail: info@chiroco.de.

Ein Datenschutzbeauftragter ist nicht benannt, da die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Benennungspflicht (Art. 37 DSGVO in Verbindung mit § 38 BDSG) in unserer Praxis nicht vorliegen. Ansprechpartner für alle Datenschutzfragen ist der Inhaber unter den oben genannten Kontaktdaten.

2. Welche Daten wir verarbeiten

Wir verarbeiten die Daten, die Sie uns im Rahmen der Anmeldung, der Anamnese und der Behandlung mitteilen, sowie die Daten, die im Rahmen der Behandlung entstehen, außerdem Befunde und Berichte, die uns mit Ihrer Einwilligung von mitbehandelnden Ärzten oder Therapeuten zur Verfügung gestellt werden. Dazu gehören insbesondere:

- Stammdaten und Kontaktdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefon, E-Mail-Adresse), bei Minderjährigen zusätzlich Name und Kontaktdaten der sorgeberechtigten Person,
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Diagnosen, Behandlungsverlauf, Aufklärung und Einwilligung, Therapieempfehlungen) als besondere Kategorie personenbezogener Daten nach Art. 9 Abs. 1 DSGVO,
- Termin- und Kommunikationsdaten (Terminbuchungen, Erinnerungen, Korrespondenz),
- Abrechnungsdaten (Rechnungen einschließlich Diagnose- und Leistungsziffern, Zahlungsstand, Versicherungsart, z. B. PKV, Beihilfe oder freie Heilfürsorge).

3. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Zweck der Verarbeitung	Rechtsgrundlage
Begründung und Durchführung des Behandlungsvertrags (Anmeldung, Terminorganisation einschließlich Terminbestätigungen und -erinnerungen, Patientenverwaltung)	Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertrag)
Heilkundliche Behandlung, Anamnese, Befunderhebung und die gesetzlich vorgeschriebene Behandlungsdokumentation (§ 630f BGB)	Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG und § 630f BGB. Eine gesonderte datenschutzrechtliche Einwilligung ist hierfür nicht erforderlich und wird nicht eingeholt.
Abrechnung der Behandlung, Rechnungsstellung und Zahlungsabwicklung	Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO; für Gesundheitsdaten in der Rechnung Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit § 22 BDSG
Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten (z. B. Steuerrecht)	Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO in Verbindung mit § 147 AO, § 630f BGB
Forderungsbeitreibung bei ausbleibender Zahlung (Mahnverfahren, Inkasso, anwaltliche Vertretung); Abwehr und Geltendmachung von Rechtsansprüchen	Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO (berechtigtes Interesse an der Durchsetzung unserer Forderungen), für Gesundheitsdaten Art. 9 Abs. 2 lit. f DSGVO; zusätzlich die im Behandlungsvertrag erteilte Schweigepflichtentbindung
Terminbestätigungen und -erinnerungen per einfacher E-Mail sowie Antworten auf Ihre E-Mails (Rechnungen: nur gesicherter Zwei-Faktor-Weg oder Post)	Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (gesonderte, freiwillige und jederzeit widerrufbare Einwilligung; sie kann im E-Mail-Block am Ende des Behandlungsvertrags erteilt werden)

4. Empfänger Ihrer Daten und Auftragsverarbeiter

Innerhalb der Praxis erhalten Personen Zugriff auf Ihre Daten, soweit dies für ihre jeweilige Aufgabe erforderlich ist. Das Praxisteam arbeitet den behandelnden Personen zu und hat dabei auch Zugriff auf die Patientenakte, etwa bei der Vorbereitung und Erfassung von Anamnesen, bei der Prüfung der Behandlungsdokumentation zur Erstellung der Abrechnung sowie bei der Termin- und Rechnungsverwaltung. Alle in der Praxis tätigen Personen sind schriftlich zur Verschwiegenheit und zur Beachtung des Datenschutzes verpflichtet.

Für den Praxisbetrieb setzen wir folgende Dienstleister ein. Soweit diese als Auftragsverarbeiter für uns tätig sind, sind sie durch einen Vertrag nach Art. 28 DSGVO gebunden und dürfen Ihre Daten ausschließlich nach unserer Weisung verarbeiten:

Dienstleister	Leistung und betroffene Daten
pgt technology scouting GmbH (Praxissoftware „Lemniscus“), Ruschgraben 51, 76139 Karlsruhe	Praxisverwaltungs- und Dokumentationssoftware: Stamm-, Termin-, Behandlungs- und Abrechnungsdaten; sicherer elektronischer Rechnungsversand. Betrieb auf AWS-Infrastruktur in physisch getrennten Rechenzentren in Deutschland; BSI C5 Typ 1-Testat, DSGVO-Konformitätsbescheinigung (interev GmbH), IDW PS 880- und GoBD-Softwaretestat.
eTermin GmbH, Mättivor 3, 6430 Schwyz, Schweiz	Online-Terminbuchung, Terminbestätigungen und -erinnerungen: Name, Kontaktdaten, Termindaten.
IONOS SE (Deutschland)	Hosting der Praxis-Website und zugehöriger technischer Dienste.
Microsoft Ireland Operations Ltd. (Microsoft 365)	E-Mail-Postfächer und Office-Anwendungen der Praxis: Korrespondenz und darin enthaltene Daten.
Steuerberatung: Kümmerer & Weiss PartG mbB,	Buchhaltung und steuerliche Pflichten: Abrechnungs- und Zahlungsdaten. Die Steuerberatung ist

In den Burggärten 20, 72622 Nürtingen	eigenständig Verantwortliche und berufsrechtlich zur Verschwiegenheit verpflichtet.
Culpa Inkasso GmbH, Schockenriedstraße 8b, 70565 Stuttgart	Forderungsbeitreibung nur bei ausbleibender Zahlung trotz zweimaliger Mahnung: Kontakt- und Vertragsdaten sowie die vollständige Rechnung einschließlich der ausgewiesenen Diagnoseziffern (Einzelheiten und Schweigepflichtentbindung: Ziffer 8 des Behandlungsvertrags).

Eine Übermittlung an Ihre private Krankenversicherung, Beihilfe- oder Heilfürsorgestelle erfolgt durch uns nicht; die Einreichung der Rechnung zur Erstattung nehmen Sie selbst vor. Darüber hinaus geben wir Daten nur weiter, wenn eine gesetzliche Pflicht besteht (z. B. nach dem Infektionsschutzgesetz) oder Sie im Einzelfall eingewilligt haben (z. B. Befundübermittlung an mitbehandelnde Ärzte oder Therapeuten).

5. Datenübermittlung in Drittländer

- **Schweiz (eTermin GmbH):** Für die Schweiz besteht ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission nach Art. 45 DSGVO. Die Übermittlung ist damit ohne weitere Genehmigung zulässig; dort gilt ein der EU vergleichbares Datenschutzniveau.
- **USA (Microsoft 365, Amazon Web Services):** Die Verarbeitung erfolgt vorrangig in Rechenzentren in Deutschland bzw. der EU (Lemniscus-Daten: AWS-Rechenzentren in Deutschland). Soweit dennoch ein Zugriff aus den USA möglich ist (z. B. Support- und Wartungsfälle des Mutterkonzerns), stützt sich die Übermittlung auf den Angemessenheitsbeschluss zum EU-US Data Privacy Framework (Art. 45 DSGVO); Microsoft und AWS sind unter dem Data Privacy Framework zertifiziert. Ergänzend sind Standardvertragsklauseln der EU-Kommission (Art. 46 Abs. 2 lit. c DSGVO) vereinbart. Eine Kopie der Garantien können Sie über die unter Ziffer 1 genannten Kontaktdaten anfordern.

6. Speicherdauer

Die Behandlungsdokumentation bewahren wir nach § 630f Abs. 3 BGB für zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung auf; abrechnungsrelevante Unterlagen unterliegen der zehnjährigen steuerlichen Aufbewahrungspflicht (§ 147 AO). In besonderen Konstellationen bewahren wir Unterlagen länger auf, etwa solange dies zur Geltendmachung oder Abwehr von Rechtsansprüchen erforderlich ist (zivilrechtliche Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahren). Nach Ablauf der Fristen werden die Daten gelöscht beziehungsweise datenschutzgerecht vernichtet.

7. Ihre Rechte

Ihnen stehen nach der DSGVO folgende Rechte zu, die Sie jederzeit über die unter Ziffer 1 genannten Kontaktdaten geltend machen können:

- Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten und eine Kopie dieser Daten (Art. 15 DSGVO); daneben besteht Ihr Recht auf Einsicht in die Patientenakte nach § 630g BGB,
- Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO),
- Löschung (Art. 17 DSGVO), soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen,
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO),
- Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO),
- Widerspruch gegen Verarbeitungen, die auf Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO beruhen, aus Gründen Ihrer besonderen Situation (Art. 21 DSGVO),
- Widerruf erteilter Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft (Art. 7 Abs. 3 DSGVO); die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

8. Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu beschweren (Art. 77 DSGVO). Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist: **Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg, Lautenschlagerstraße 20, 70173 Stuttgart** (Postanschrift: Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart), Telefon: 0711 615541-0, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de, www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de.

9. Pflicht zur Bereitstellung der Daten und automatisierte Entscheidungsfindung

Die Bereitstellung Ihrer Stamm-, Kontakt- und Gesundheitsdaten ist für den Abschluss und die Durchführung des Behandlungsvertrags erforderlich; ohne diese Daten ist eine sorgfältige Behandlung und Abrechnung nicht möglich. Die optionale Einwilligung in die Terminkommunikation per E-Mail (E-Mail-Block des Behandlungsvertrags) ist dagegen freiwillig und keine Voraussetzung der Behandlung. Eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling (Art. 22 DSGVO) findet nicht statt.

Stand dieser Information: Juli 2026. Dieses Dokument ersetzt den bisherigen „Aushang Patienteninformation zum Datenschutz“, die bisherige „Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung“ und das frühere Erklärungsblatt (Teil B).