



Liebe Patientin, lieber Patient

ich heiÙe Sie in meiner Praxis herzlich Willkommen!

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, meinen Anamnesebogen auszufüllen.

Das Formelle zuerst ...

Vorname: _____ Name: _____

bei Minderjährigen bitte zusätzlich 'Vorname/Name' des Erziehungsberechtigten/des Versicherten:

Vorname: _____ Name: _____

StraÙe: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____ E-mail: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung:

gesetzlich versichert bei: _____

privat versichert bei: _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker, bei: _____

Beruf: _____ ich sitze viel ich stehe viel ich arbeite körperlich

ich lebe in Partnerschaft Kinder? Wie viele? _____

Woher kennen Sie meine Praxis? _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? nein ja, bei

Name: _____

So geht es mir im Moment...

ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe Beschwerden in folgenden Bereichen:

- Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule/Nacken
- Gelenke, welche _____
- Kopfschmerzen / Migräne
- Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerzen)
- Schwindel (Dreh-, Schwank-, Lagerungsschwindel)
- Ohnmacht, Kreislaufschwäche
- Gleichgewichtsstörungen
- Schulter-, Arm-, Handschmerzen
- Hüft-, Knie-, Knöchel-, Fußprobleme
- Becken, Iliosakralgelenk (ISG), Leiste

Ich habe folgende Empfindungen

- Schmerzen, Brennen, Stiche, Kribbeln, Taubheit, Kälte in **Armen** / **Beinen**
- Schmerzen, auch in Ruhe, kaum zu beeinflussen
- Schmerzen beim Husten, Lachen, Niesen
- Schmerzen, die am Schlafen hindern
- Schmerzen beim Sitzen / Aufstehen
- Schmerzen die in das Gesäß / Bein ausstrahlen rechts / links

Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen.

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren

Meine Beschwerden treten immer wieder auf

Gab es eine Ursache? Autounfall Sturz weiß nicht Andere: _____

Waren Sie damit schon in Behandlung? nein ja, Therapie _____

_____ Mit welchem Erfolg ? _____

Nehmen Sie Medikamente?

Schmerzmedikamente entzündungshemmende Medikamente Diabetes-Medik.

Herz- bzw. Blutdruckmedikamente Andere _____

Ich trage Einlagen: ja nein

Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung: nein ja, links ja, rechts

Sind Sie schwanger? nein ja welche Woche ? _____

Außerdem finde ich mich hier wieder...

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schnelle Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Verspannung |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Steifheit |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Ich bin unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Ich möchte in meinem Leben etwas ändern |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> Einsamkeit |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Kein Frühstück | <input type="checkbox"/> Kontaktscheu |
| <input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Keine Zeit zum Essen | <input type="checkbox"/> Amalgamzähne |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Spätes Essen | <input type="checkbox"/> Tote Zähne |
| <input type="checkbox"/> Ödeme (geschwollene Füße) | <input type="checkbox"/> Instant-Produkte + Fastfood | <input type="checkbox"/> Narben |

Ich und meine (Kranken-) Geschichte

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln

andere Komplikationen _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der Kindheit? keine
_____ im Alter von _____ Jahren

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

Nein ja, welche: _____

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann ? _____

Gab es Operationen? Wo? Wann war das? _____

Ich habe in den letzten 2 Jahren Impfungen erhalten. Welche? _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in den vergangenen Jahren? keine
_____ Wann? _____

In meiner Familie treten häufig bestimmte Krankheiten auf. Welche? _____

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am _____ bei _____

Was ich noch sagen muss – das „KLEINGEDRUCKTE“

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Ich sehe mich im Stande, die Kosten, d. h. das Praxis – Honorar selbst zu bezahlen.

Lieber Patient,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nehmen Sie sich noch 2 Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgericht Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären.

In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne.

Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Ich wurde über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt, und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, bei Nichterscheinen ohne vorherige telefonische oder schriftliche Absage, eine Ausfallpauschale in Höhe des Behandlungshonorars zu entrichten.

Zum Thema Abrechnung :

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

a.) Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Preislisten sind in der Praxis erhältlich. Die Bezahlung erfolgt in der Regel nach jeder Behandlung. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktiker-Leistungen vollständig, bzw. anteilig übernimmt.

b.) Sind Sie privat- oder zusatzversichert, erhalten Sie am Monatsende eine detaillierte Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Wir können Ihnen leider nicht garantieren, dass Ihre Versicherung unsere Leistungen übernimmt. Bitte klären Sie dies vorher ab.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben, und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

Rellingen, den: _____ Unterschrift _____

Vielen Dank

Ihr Jan Herz

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die nachstehende datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit bei Chiropraktik mit Herz, Hauptstr. 33, 25462 Rellingen, E-Mail: praxis@chiromitherz.de widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Chiropraktik mit Herz ("Chiromitherz") meine nachfolgend genannten Daten ("Daten"):

– Kontaktdaten (u.a. Name, E-Mailadresse, Adresse, Telefonnummer, Anrede),

zu folgenden Zwecken verarbeitet:

- Kunden- und Interessentenbetreuung,
- Kundenbefragung (einschließlich der Zufriedenheitsbefragung)

Dazu führt Chiropraktik mit Herz die Daten zusammen und speichert diese zusammen ab.

Ich möchte zu den vorgenannten Zwecken wie folgt kontaktiert werden: (Bitte ankreuzen)

Vorbehaltlich meiner vorgenommenen Auswahl setzt Chiropraktik mit Herz zur Kontaktaufnahme folgende Kommunikationsmittel ein:

Telefon

E-Mail

SMS/Instant Messaging

Ihre Datenschutzrechte

Sie können Ihre Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen. Je nach Umfang des Widerrufs wird Chiropraktik mit Herz die vorgenannte Datenverarbeitung ganz oder teilweise beenden und Sie nicht mehr zu den aufgeführten Themen kontaktieren. Sie können jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten und deren Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen. Sie haben zudem unter bestimmten Voraussetzungen das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, welche durch Sie bereitgestellt wurden, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und einem anderen Verantwortlichen zur Verfügung zu stellen (Datenübertragbarkeit), sofern hiervon nicht die Rechte und Freiheiten anderer Personen beeinträchtigt werden. Soweit dies technisch machbar ist, übermittelt Chiropraktik mit Herz die Daten auch direkt an den anderen Verantwortlichen. Zur Kontaktaufnahme wenden Sie sich bitte an:

Chiropraktik mit Herz, Heilpraktiker Jan Herz
Hauptstr. 33, 25462 Rellingen
Email: praxis@chiromitherz.de Telefon: 04101/ 789 18 02

Ihnen steht des Weiteren ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde zu.

Datenschutzbeauftragter der Chiropraktik mit Herz als datenschutzrechtlich Verantwortlicher ist Dierk Allais, Firma ON-CALL-SEC, Hörnkamp 22, 25421 Pinneberg, Tel: 0172/4555925, email: DSB@on-call-sec.de

Nähere Informationen zum Datenschutz bei Chiropraktik mit Herz:
www.chiromitherz.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift