

ANAMNESEBOGEN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Mit diesem Fragebogen erheben wir im Vorfeld wichtige Daten, die uns helfen, Sie gründlich zu erfassen. Wir bitten Sie, ihn nach bestem Wissen auszufüllen. Bei Unklarheiten sprechen Sie uns bitte an. Lassen Sie sich Zeit beim Ausfüllen. Vielleicht müssen Sie ja auch noch etwas nachfragen oder nachschauen.

Ihre Daten werden vertraulich behandelt, wir stehen unter ärztlicher Schweigepflicht!

Vor-/Nachname: _____

Straße: _____

Plz: _____ Ort: _____

Rechnung per Email an: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Beruf: _____

WIE SIND SIE KRANKENVERSICHERT

☐ Gesetzlich bei der _____ ☐ Privat bei der _____

☐ Beihilfe _____ ☐ Zusatzversicherung _____

WIE KOMMEN SIE ZU UNS

☐ Empfehlung von _____ ☐ Internet

AN WELCHEN TAGEN KÖNNEN SIE IN DER INTENSIVPHASE AM BESTEN ZU UNS KOMMEN

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag

☐ vormittags ☐ nachmittags

MOMENTANE BESCHWERDEN

Ich habe

☐ Schmerzen ☐ Taubheitsgefühl ☐ Kraftverlust ☐ Bewegungseinschränkung

im Bereich

☐ Lendenwirbelsäule ☐ Hüfte ☐ Brustwirbelsäule ☐ Halswirbelsäule ☐ Kopf

☐ Knie ☐ Füße ☐ Schulter ☐ Ellenbogen ☐ Hand ☐ Kiefergelenk

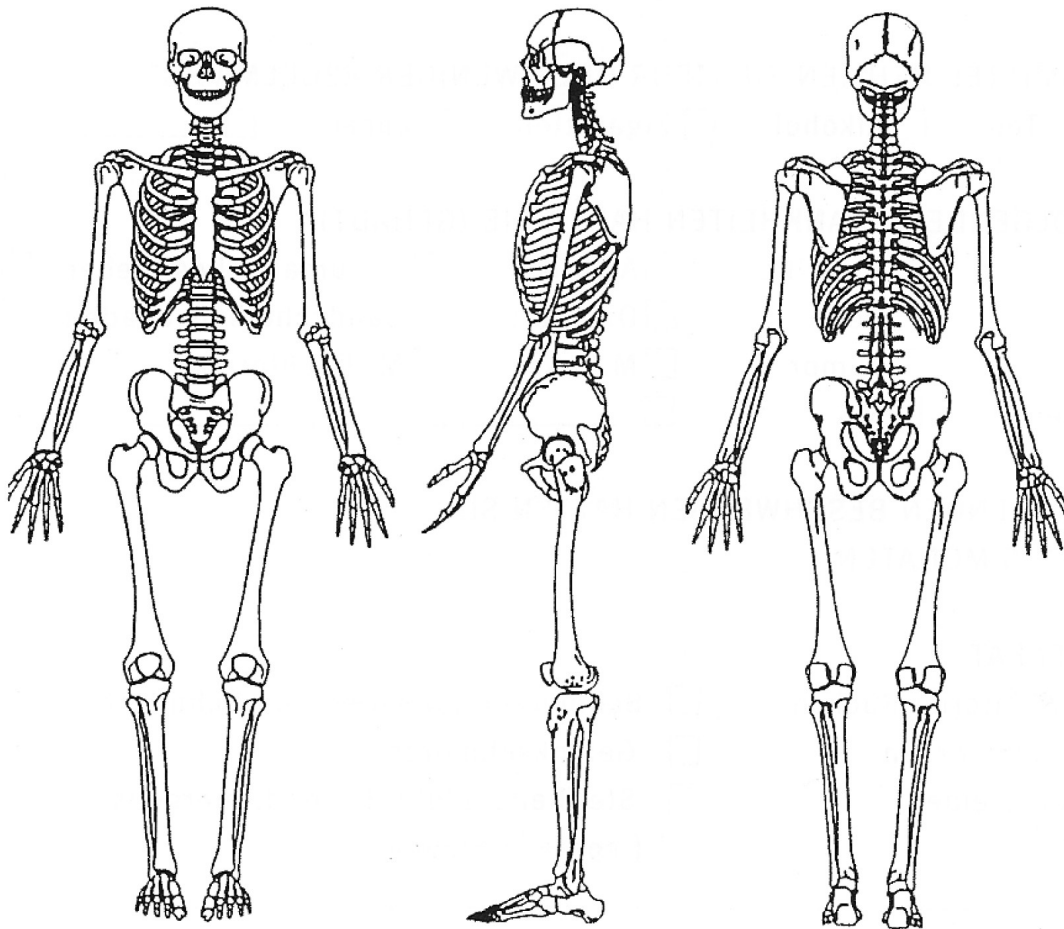


DIE BESCHWERDEN SIND HAUPTSÄCHLICH

☐ links ☐ rechts ☐ mittig ☐ beidseits

☐ Ausstrahlungen _____

BITTE DIE PROBLEMZONEN ANKREUZEN/ EINZEICHNEN



DIE BESCHWERDEN

☐ bestehen seit _____

und wurden ausgelöst durch

☐ Unfall ☐ Fehlbewegung ☐ Sturz ☐ Stress ☐ weiß nicht

Besserung durch _____

Verschlechterung durch _____

ZUSÄTZLICH GIBT ES ALLGEMEINE SYMPTOME

- ☐ Müdigkeit ☐ Steifigkeit ☐ Anlaufschwierigkeiten



WAREN SIE MIT DIESEN BESCHWEREN BEREITS IN BEHANDLUNG

- ☐ nein ☐ ja, bei _____
- ☐ Diagnose _____
- ☐ bisherige Therapie _____

ES GIBT

- ☐ Röntgenbilder ☐ MRT ☐ CT ☐ Andere _____

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE GEGEN DIE BESCHWERDEN EIN

- ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

KRANKENGESCHICHTE

SIND SIE SCHON MAL OPERIERT WORDEN UND IN WELCHEM JAHR

- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

HATTEN SIE

- ☐ Rippenprellung _____ ☐ Schleudertrauma _____
- ☐ Unfälle _____ ☐ Stürze _____

HABEN SIE SONSTIGE ERKRANKUNGEN

- ☐ _____ ☐ _____
- ☐ _____ ☐ _____
- ☐ _____

HABEN SIE GEFÄßERKRANKUNGEN

- ☐ nein ☐ ja, und zwar _____



WELCHE LANGZEITMEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN

☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____
☐ _____	☐ _____

BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT

☐ nein ☐ ja

HABEN SIE UNSER INFORMATIONS- BZW EINFÜHRUNGSVIDEO GESEHEN

☐ ja ☐ nein

Das Video bitte vor dem Termin anschauen!

Das Video finden Sie unter www.chirowerkstatt.de/healthtalk

AUFKLÄRUNG ÜBER EVENTUELLE GEFAHREN CHIROPRAKTISCHER MAßNAHMEN

- Grundsätzlich ist jede Behandlung mit einem Risiko behaftet, sei es Chiropraktik, Akupunktur, Neuraltherapie oder anderen Methoden. (Auch eine Aspirin-tablette kann Magenbluten verursachen.)
- Bei den sanften chiropraktischen Techniken ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert. Zu Zwischenfällen kommt es meist durch sogenannte Rotationstechniken, die wir in der Praxis nicht einsetzen.
- Bei entsprechendem Verdacht werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen, MRT oder andere klinische Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
- Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen beziehungsweise im Vorwege festgestellt werden.

Behandlungsvertrag & Datenschutzerklärung



Frau / Herr

und

Chirowerkstatt
Angerbadergasse 6, 85354 Freising

schließen folgenden Behandlungsvertrag

Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt eine chiropraktische Behandlung des Heilpraktikers in Anspruch.

Aufklärung / Hinweise

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass

- die Behandlung des Heilpraktikers eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Heilpraktiker unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem Heilpraktiker aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist.
- für die Erteilung einer Auskunft des Heilpraktikers an Dritte die schriftliche Einwilligung des Patienten erforderlich ist.
- die gesetzlichen Krankenversicherungen die Behandlungskosten des Heilpraktikers **nicht** übernehmen. Gesetzlich versicherte Patienten haben die Behandlungskosten selbst zu tragen.
- Mitglieder privater Krankenversicherungen oder Beihilfeberechtigte können einen (Teil-)Erstattungsanspruch der Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Der Patient hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt der Heilpraktiker dem Patienten aus. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Patienten unberührt.

Ausfallhonorar

Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er dem Heilpraktiker ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 Euro. Dies gilt nicht, wenn der Patient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt. Ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Heilpraktiker.



Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich per WhatsApp bzw. Email kontaktiert.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Chirowerkstatt - Alexander Haum
Angerbadergasse 6 85354 Freising