



Liebe/r Patient/in,

wir heißen Sie bei uns in der Praxis der Amerikanischen Chiropraktik + Naturheilkunde herzlich willkommen. Sollten Sie Fragen haben, scheuen Sie sich nicht, sich an uns zu wenden. Wir wünschen Ihnen, dass unsere Arbeit auch bei Ihnen frühest möglich zum Erfolg führt.

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, unseren Anamnesebogen auszufüllen. Bei Fragen helfen wir Ihnen gern.

Das Formelle zuerst...

Name: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich „Name/Vorname“ des Erziehungsberechtigten/ des Versicherten:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____ e-Mail: _____

Woher kennen Sie unsere Praxis? _____

Krankenversicherung:

- privat versichert bei _____ Beihilfe ja nein
(Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistung übernimmt!)
- gesetzlich versichert bei _____
(Bitte informieren Sie sich über unsere Preise und Rabatte für Selbstzahler!)
- Zusatzversicherung für Heilpraktiker, bei _____
(Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistung übernimmt)
- IKK-Südwest _____
(Sie können zwischen 150 und 300 € pro Jahr erstattet bekommen)

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

Sport: leider gar nicht gelegentlich regelmäßig viel

Welche Sportarten?

Ich bin zur Zeit Single Ich lebe in Partnerschaft Kinder? Wie viele? _____

Sind Sie in Behandlung? nein ja, bei Arzt Hausarzt Heilpraktiker

Name: _____

1. Spätestens zum **Zweitertermin** bringen Sie bitte Röntgenbilder mit, die noch gemacht oder nachgeliefert werden müssen. Außerdem erstellen wir Ihnen spätestens dann einen Behandlungsplan (Careplan), und Sie erhalten Ihre erste Justierung. Anhand des Careplans vereinbaren Sie bitte Ihre Termine am Empfang!
2. Nach ca. 8 – 12 Justierungen (ca. 2 Monaten) empfehlen wir eine **Zwischenuntersuchung**. Durch nochmaliges Vermessen und genaues Untersuchen können Entwicklungen beobachtet und Therapieschritte verfolgt und überprüft werden.
Bitte melden Sie sich für eine Zwischenuntersuchung rechtzeitig an, da wir für diesen Termin einen größeren Zeitrahmen benötigen. Die Zwischenuntersuchung ist in den Jahresplänen enthalten.
3. Wir empfehlen eine Therapie nie abrupt abzubrechen! Die besten Ergebnisse konnten durch ein allmähliches Vergrößern der Justierungsabstände erreicht und später durch einen monatlichen **Prophylaxe**termin gehalten werden.

So geht es mir im Moment...

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

Was ist der Anlass Ihres Praxisbesuches?

Welche Beschwerden haben Sie?

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden oder nicht optimal sitzende Kronen,

Brücken, Zahnersatz? Schlecht sitzende Prothese? Ja Nein

Knacken oder Reibegeräusche in den Kiefergelenken? Ja Nein

Verspannungen im Kieferbereich morgens beim Aufwachen? Ja Nein

Welche Beschwerden haben Sie im Bereich des Bewegungsapparates?

Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule

Gelenke _____ andere _____

Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren

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

In welchem Schema treten die Beschwerden auf? (z.B. regelmäßig, unregelmäßig, zeitweise, dauerhaft, tags, nachts, bei Bewegung, in Ruhe,...)

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (z.B. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Körperhaltung,...)

Nehmen Sie Medikamente ein? (Bitte zum Termin incl. Beipackzettel mitbringen)

Schmerzmedikamente entzündungshemmende Medikamente Diabetes-Medikamente
 Herz- bzw. Blutdruckmedikamente Andere

Ich trage Einlagen: Ja Nein

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

Sind Sie schwanger? nein ja, _____ Woche

Ich und meine (Kranken-)Geschichte

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln

andere Komplikationen _____

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

Nein Ja, welche? _____

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

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der Kindheit: Keine

_____ im Alter von: _____ Jahren

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der vergangenen Zeit? Keine

_____ Wann? _____

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann war das? _____

Gab es einmal ein Schleudertrauma, Kinnhaken, lange dauernde Intubationsnarkose?

Operationen? Welche? Wann war das? _____

Von folgendem Genussmittel verzehre ich zu viel _____

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

An welchen Erkrankungen litten Ihre Großeltern? _____

Welche einschneidende Veränderung gab es in Ihrer Lebenssituation? _____

Wie bewerten Sie Ihren momentanen Allgemeinzustand? _____

Auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) -10 (sehr gut) – wie gesund fühlen Sie sich? _____

Bei Schmerzen – wie intensiv sind diese 1 (keine) – 10 (extrem stark)? _____

Auf welcher Matratze schlafen Sie? Was für ein Kopfkissen benutzen Sie? _____

Telefonieren Sie mit Handy / DECT Telefon? Wie lange täglich? Wo tragen Sie Ihr Handy?

Haben / nutzen Sie WLAN? Auf der Arbeit? Zuhause? Haben Sie elektrische Geräte im Schlafzimmer, die am Stromnetz hängen?

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am _____ bei _____

Sonstige Anmerkungen:

Hier finde ich mich wieder...

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> schnelle Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Orangenhaut | <input type="checkbox"/> Amalgam -Füllung |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Bindegewebsschwäche | <input type="checkbox"/> Tote/wurzelbehandelte Zähne |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Tränensäcke | <input type="checkbox"/> Narben |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsstreifen | <input type="checkbox"/> Implantat |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Großporige Haut | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Hautirritationen | <input type="checkbox"/> Übergewicht | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden | | <input type="checkbox"/> Ich bin zufrieden |
| <input type="checkbox"/> Nagelprobleme | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Ich möchte in meinem Leben etwas ändern |
| <input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Einsamkeit |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Kontaktscheu |
| <input type="checkbox"/> Innere Unruhe | <input type="checkbox"/> Essen schlingen | <input type="checkbox"/> Eltern sind doof |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Morgens bin ich müde | <input type="checkbox"/> Schokolade find ich richtig lecker! |
| <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Ich verbrauche viel Klopapier | |
| <input type="checkbox"/> Ödeme (geschwollene Füße) | <input type="checkbox"/> Hämorrhiden | <input type="checkbox"/> Sportmuffel |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | | <input type="checkbox"/> Verspannung |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Kein Frühstück | <input type="checkbox"/> Steifheit |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Keine Zeit zum Essen | |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Spätes Essen | <input type="checkbox"/> ich schlafe auf dem Bauch |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Instant-Produkte + Fast-Food | <input type="checkbox"/> ich trage meine Geldbörse in der Gesäßtasche |
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Wenig Obst und Gemüse | <input type="checkbox"/> ich sitze darauf |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Tinnitus | <input type="checkbox"/> Haben oder hatten Sie eine Zahnspange? | |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Kronen | |

Was wir noch sagen müssen - das KLEINGEDRUCKTE

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Lieber Patient!

Die in unserer Praxis durchgeführte Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nehmen Sie sich noch 2 Minuten Zeit!

1. Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.7.93 302/91)

„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 (von 20.2. 1997 – 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/werde 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 (z.B. Chemotherapie) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

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 an der Anmeldung erhältlich. Die Bezahlung erfolgt in der Regel nach jeder Behandlung oder zu Beginn eines Monatsplans. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.
- b) Sind Sie privat- oder zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Die GebüH liegt in der Praxis aus und kann jederzeit eingesehen werden. Anmerkung: wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf unserer langjährigen Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Ich behalte mir vor, an einem Tag zu ‚beraten und zu untersuchen‘ und ‚chiropraktisch und osteopathisch‘ zu behandeln. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.

Bezüglich Terminvereinbarung:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24 Stunden vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB / § 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

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

Schupbach, den _____ Unterschrift _____

Danke für das Ausfüllen.
Ihre Michael Unger + Dr. Sylvie Bensinger