

Anamnesebogen

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

geboren: ___/___/___

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Mobiltelefon: _____

Email: _____

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name: _____ Vorname: _____ geboren: ___/___/___

Krankenversicherung:

Selbstzahler

Privatversicherung bei _____ Beihilfe Ja Nein

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei _____

Allgemeine Angaben:

Kinder (Name und Geburtsjahr): _____

Beruf: _____

Art der Tätigkeit: vorwiegend sitzend vorwiegend stehend vorwiegend körperlich

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch _____ Internet Instagram

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am ___/___/___ bei _____

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, wegen _____

Ihre Gesundheit in Kindheit und Jugend (bis 18 Jahre) :

Nein Ja Unsicher

War Ihre eigene Geburt ein Kaiserschnitt oder eine Geburt mit Hilfsmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bestimmte oder häufig wiederkehrende Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Unfälle oder Stürze in Ihrer Kindheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie ein sportlich aktives Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Zahnsperre getragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Gesundheit als Erwachsener (von 18 Jahren bis heute):

Welche nennenswerten Krankheiten hatten Sie in den letzten fünf Jahren?

An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Tabletten, Tropfen, Spray)?

Welche Erkrankungen kommen in Ihrer Familie gehäuft vor?

Sie haben/ hatten (wann und wo?):

Unfälle/ Stürze: _____

Knochenbrüche: _____

Operationen: _____

Künstliche Gelenke: _____

Krebserkrankungen: _____

Allergien/ Unverträglichkeiten: _____

Schuheinlagen: Nein Ja, links Ja, rechts

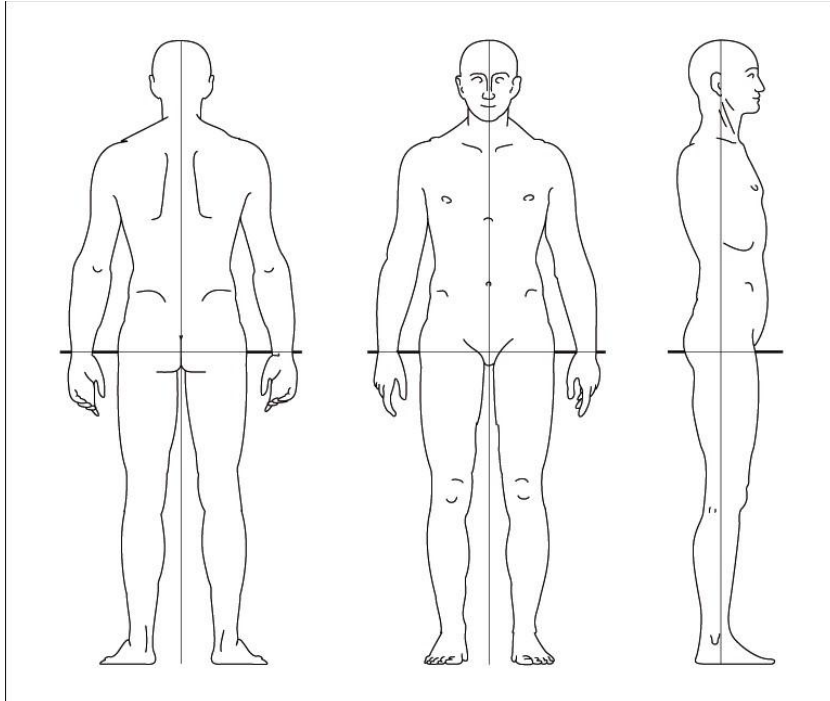
Absatzerhöhung Nein Ja

Zahnsperre/ Zahnbittschiene Nein Ja Sonstiges: _____

Aktueller Gesundheitszustand:

- Sie haben keine Beschwerden und kommen aus prophylaktischen Gründen.
- Bitte um kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind: _____

Bitte markieren Sie Ihre Problemzonen



Seit wann haben Sie dieses Problem?

- Tagen
- Wochen
- Monaten
- Jahren
- schon immer

Seitdem das Problem angefangen hat, ist es:

- gleich geblieben
- besser geworden
- schlechter geworden

Ihr Problem verschlimmert sich, wenn: _____

Ihr Problem verbessert sich, wenn: _____

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

- Arbeiten
- Schlafen
- Sitzen
- Laufen/ Gehen
- Entspannen
- Liegen

Nehmen Sie aufgrund der Beschwerden Medikamente ein?

- Nein
- Ja, welche? _____

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht?

- Nein
- Ja, welche? _____

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, Ultraschall, Orthopäde, etc.)?

Nein Ja, welche? _____

Frühere Therapien für Ihre aktuellen Beschwerden? _____

Wo finden Sie sich hier wieder? (Teil1) - bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Knieschmerzen	<input type="checkbox"/> Benommenheit	<input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Hüftschmerzen	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Geschmacksstörung	<input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme	<input type="checkbox"/> Nervosität/ Innere Unruhe
<input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme	<input type="checkbox"/> Geruchsstörung	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/ Tinnitus
<input type="checkbox"/> Zahnprobleme	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Asthma/ Kurzatmigkeit
<input type="checkbox"/> Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/> Steifheit/ Rheuma	<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme	<input type="checkbox"/> Sodbrennen
<input type="checkbox"/> Ängste/ Gemütsleiden	<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/> Blasenleiden	<input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem
<input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Hautprobleme	<input type="checkbox"/> starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/> Augenzucken
<input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme	<input type="checkbox"/> Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> häufige Blockierungen

Alltägliche:

Schlafstunden: _____ Std./Nacht Koffein: _____ Tassen/Tag Wasser: _____ l/Tag

Alkohol: _____ Gläser/Woche Zigaretten: _____ /Tag Sport: _____ Std./Woche

Ernährung: _____ Mahlzeiten/Tag Schwangerschaft: _____ Woche

Auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) beschreiben Sie bitte Ihren momentanen Zustand:

_____ Sport _____ Trinken _____ Entspannung _____ Stress _____ Essgewohnheiten

_____ generelle Gesundheit

Wo finden Sie sich hier wieder? (Teil2) - bitte ankreuzen:

- viel Energie
- wenig Beschwerden
- resistent gegen Infektionen
- positive mentale Einstellung
- hohe Lebensqualität
- voll leistungsfähig
- hohe Lebensfreude
- aktiv
- optimale Konzentrationsfähigkeit
- ausgezeichnete Gesundheit
- dynamisch

Allgemeine Symptome:

- Gelenkbeschwerden
- schlechte Heilung
- schlechte Aufmerksamkeit
- impulsiv
- leicht abzulenken
- unorganisiert
- depressiv
- unmotiviert
- schlechte Konzentration
- benebelt
- Verstopfung
- geringe Schmerztoleranz
- Sorgen
- gereizt
- wenig Energie
- Schwierigkeiten aufzuwachen
- Rückenschmerzen
- Leistungsverlust
- Gedankenkreisen
- Migräne
- Kopfschmerzen
- Ohnmachtsanfälle
- Schlafwandeln
- Hitzewallungen
- Bettnässen
- Essstörungen
- Panikattacken
- Stimmungsschwankungen
- Bipolare Störung
- PMS
- Nahrungsmittel-unverträglichkeiten
- schlechte Körperhaltung
- funktionelle Organbeschwerden
- kalte Hände/ kalte Füße
- angespannte Muskulatur
- Zähneknirschen
- Ängstlichkeit
- Nervosität
- Herzrhythmusstörungen
- Schlafstörungen
- Bluthochdruck
- vorzeitiges Altern
- Reizdarm
- ADHS
- schwaches Immunsystem
- schlechte Emotionssteuerung

- Rheumatoide Arthritis
- Fibromyalgie
- Diabetes
- ALS
- Multiple Sklerose
- Epstein-Barr-Syndrom
- Depression
- Morbus Crohn
- chronische Müdigkeit
- Krebs

Liebe Patientin/ 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. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgerichts 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 durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Zum Thema Abrechnung und Terminvereinbarung:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24 Stunden vor Ihrem mit mir vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen bin ich nach BGB/§252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Terminabsagen sind per Telefon, Fax oder E-mail möglich.

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind. Für Privatversicherte richtet sich die Liquidation nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH)**. Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Leider zahlen gesetzliche Krankenkassen grundsätzlich keine Heilpraktikerleistungen, daher müssen Sie die anfallenden Kosten selbst übernehmen. Die Kosten richten sich nach dem jeweiligen medizinischen Aufwand und orientieren sich an den Sätzen der GebüH.

Die Kosten für Selbstzahler sind unverzüglich im Anschluss an die Behandlung per EC-Karte zu entrichten. Privatpatienten erhalten eine detaillierte Auflistung der Behandlungskosten (Rechnung) zwecks Einreichung bei ihrer Kasse.

Einverständniserklärung:

Ich wurde über eventuelle Risiken und 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. Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Praxis für Amerikanische Chiropraktik Spörer.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben.

Korschenbroich, den ____/____/____ Unterschrift: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers:

Benjamin Spörer
Praxis für Amerikanische Chiropraktik Spörer
Am Kerper Weiher 11,
41352 Korschenbroich

Telefon: 02182 8987681 Email: info@chiropraxis-spoerer.de

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 zugrundeliegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.

Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile.

Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.

Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

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:

Benjamin Spörer
Praxis für Amerikanische Chiropraktik Spörer
Am Kerper Weiher 11
41352 Korschenbroich

Telefon: 02182 8987681 Email: info@chiropraxis-spoerer.de