

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Land: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

erlernter Beruf: _____ ausgeübte Tätigkeit: _____

Art der Tätigkeit: sitzend stehend körperlich

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Name und Geburtsjahr der Kinder: _____

Kommen Sie zu uns durch: Empfehlung von _____

Internet/Google/Suchbegriffe _____

andere _____

Wie sind Sie krankenversichert?

Gesetzlich bei der _____

(Bitte informieren Sie sich über unsere Preise)

Privat bei der _____

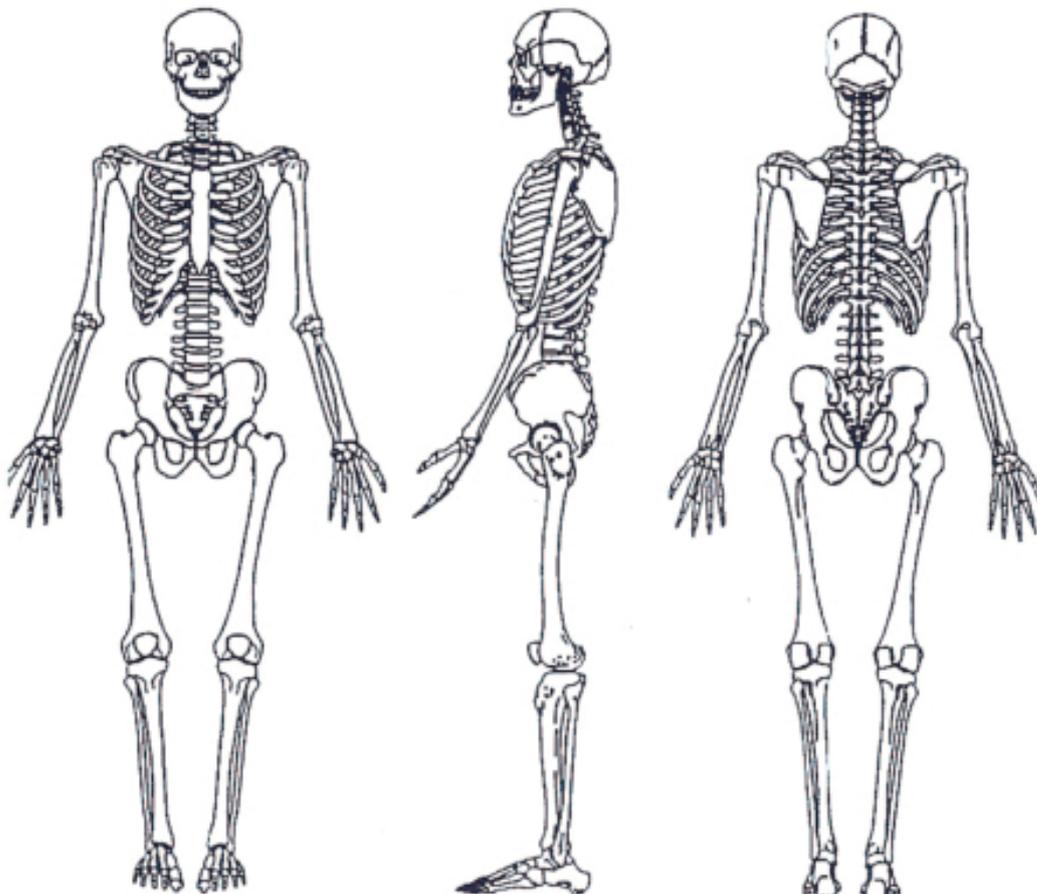
(Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Versicherung die Leistungen übernimmt!)

Versicherungsnummer: _____

(Nur Privatversicherte)

Ziel der Behandlung: _____

Bitte kreuzen Sie Ihre Problemzonen an!



Meine Gesundheit und ich

Mit welchem Problem kommen Sie?

Gab es eine Ursache? Autounfall Sturz auf Steiß Bauchschläfer/andere

Gab es Unfälle/Stürze? Nein Ja, welche? Wann war das?

Gab es Operationen? Nein Ja, welche? Wann war das?

Bei wem sind/waren Sie damit in Behandlung?

Arzt Heilpraktiker Osteopath Physiotherapeut

Diagnose/n: _____

Name: _____ Adresse: _____

(seit) wann: _____ Therapie: _____

Weitere Behandler:

Arzt Heilpraktiker Osteopath Physiotherapeut

Diagnose/n: _____

Name: _____ Adresse: _____

(seit) wann: _____ Therapie: _____

Tragen Sie Einlagen? Nein Ja Höhendifferenz: _____

Waren Sie schon mal in einer chiropraktischen Behandlung? Nein

Ja, _____ bei _____

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Wie viel Liter Wasser trinken Sie pro Tag?

Allgemeine Aufklärungspflicht - Bitte vollständig ausfüllen:

Liebe Patientin, lieber Patient,
die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte, gezielte amerikanische Chiropraktiktechniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären, auch wenn diese selten sind. Bitte füllen Sie den anschließenden Aufklärungsbogen (www.aufklaerungsbogen.help) sorgfältig und vollständig aus.

Bitte vergessen Sie Ihre Unterschriften ganz am Ende nicht!

Kommentar:

Grundsätzlich ist jede Behandlung mit einem Risiko behaftet, egal in welcher medizinischen Fachdisziplin.

Bitte sagen Sie Ihren Termin telefonisch unter 03 66 92 - 37 27 28 ab, ggf. auf unserem Anrufbeantworter oder per E-Mail an terminabsage@chiropraktik.me

Ich wurde über eventuelle Risikofaktoren und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt. Ich habe die Infomappe der Praxis, in welcher die Nebenwirkungen und Risiken beschrieben sind, gelesen. Ich hatte ausreichend Zeit, die mir erklärten Therapieverfahren und deren Komplikationen, Risiken, Nutzen und Alternativen gründlich zu überdenken und erkläre mich nach gründlicher Überlegung mit der Behandlung einverstanden.

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder andere Behandlungen (z.B. Chemotherapie u.a.) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgte dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Nur im Falle eines minderjährigen Patienten vom Erziehungsberechtigtem auszufüllen:

Hiermit bestätige ich als erziehungsberechtigte Person, dass mein Kind durch amerikanische Chiropraktik behandelt werden darf. Ich (Name in Druckbuchstaben: _____)
bin für mein Kind (Name in Druckbuchstaben: _____)
sorge- und unterschriftsberechtigt.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit und Ihr Einverständnis zu den oben gemachten und nachfolgenden Angaben im Aufklärungsbogen. Sie bestätigen, dass Sie die gemachten Angaben verstanden haben.

Mit diesem Kreuz wünsche ich eine Kopie des Anamnesebogens zu erhalten.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Behandler: _____

Patientenname (in Druckbuchstaben): _____

Unterschrift Patient/-in: _____

Zur Terminvereinbarung:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, das bei Terminabsage 24 Stunden vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin keine Kosten berechnet werden. In allen anderen Fällen sind wir gemäß §252 BGB berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Patientenname (in Druckbuchstaben): _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Patient/-in: _____