

Ihre Kontaktdaten

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ männl. weibl. Alter: _____

Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich Privat Beihilfe Zusatzversichert

Ich benötige eine spezifizierte Rechnung nach Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker:

ja, ich möchte die Rechnungen einreichen Nein, ich bin Selbstzahler

(Bei Unklarheiten oder Änderungen sprechen Sie uns gerne an!)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ihre aktuellen Beschwerden

Kopf / HWS:

Kopfschmerzen / Migräne	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Nackenschmerzen / Verspannungen	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Schwindel	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Tinnitus / Ohrgeräusche	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Zähneknirschen / Kieferschmerzen	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Kribbeln, Taubheit in Armen / Händen / Fingern	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wann? _____

LWS / unterer Rücken:

Schmerzen	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Ischiasschmerzen	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Kribbeln, Taubheit in Beinen / Füßen / Zehen	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Darmbeschwerden	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Nieren- / Blasenbeschwerden	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Hoden- / Prostatabeschwerden	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Leistenschmerzen	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wann? _____

Brustwirbelsäule:

Schmerzen	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Rippenschmerzen, Druck auf der Brust	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Atembeschwerden / Asthma	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Magenbeschwerden / Verdauung	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Herzstechen / -stolpern	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Wann? _____

Gelenkeschmerzen

Schulter Ellenbogen Handgelenke Hüfte Knie Füße
 Finger Zehen

Haben Sie Arthrose / Rheuma / Fibromyalgie? ja nein

Bitte beachten Sie auch die Rückseite

Sonstige Beschwerden und Vorerkrankungen

Skoliose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Letzte Messung? _____
Osteoporose (Knochendichte)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
längere Cortisoneinnahme	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Rheuma / Gicht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Fibromyalgie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Arthrose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Schlaganfall	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Gefäßerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Unfälle / Stürze	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welcher Art?

Tumor- / Krebserkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche / wann?
--------------------------	--------------------------	----------------------------	----------------

Operationen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Welche?
-------------	--------------------------	----------------------------	---------

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja, welche?
------------------------------------	--------------------------	----------------------------	------------------

Depressionen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Müdigkeit / Leistungsabfall	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Konzentrationschwäche	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tragen Sie Schuheinlagen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Waren sie wegen Ihrer jetzigen Beschwerden schon in Behandlung?
Wenn ja, wann und wo?

Ihr Hausarzt: _____ in _____

Ihr Orthopäde: _____ in _____

Ihre Physiotherapie: _____ in _____

Gerne würden wir Ihre Ärzte / Therapeuten über Ihre Behandlung in unserer Praxis informieren.

Sind Sie damit einverstanden? Ja, Hausarzt Orthopäde Physio / nein, bitte nicht

Ich habe den Fragebogen (2 Seiten) vollständig gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt:

Datum _____ Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten) _____

Allgemeine Aufklärungspflicht

Die von uns durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren.

Dennoch sind wir vom Gesetzgeber laut Urteil des Oberlandesgerichtes Düsseldorf (08.07.93 302/91) dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären, was wir hiermit gerne tun möchten:

Eine chiropraktische Behandlung an der Wirbelsäule birgt gewisse Risiken in sich, deren Auftreten auch bei fachgerechter Anwendung nicht gänzlich auszuschließen sind:

- Nach dem heutigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es keinen Hinweis, dass eine korrekt durchgeführte chiropraktische Behandlung an der Wirbelsäule eine Bandscheibenschädigung hervorrufen kann.
- Bei schon bestehenden Bandscheibenvorwölbungen oder bei einem –auch möglicherweise bis dahin nicht bekannten – Bandscheibenvorfall kann es auch bei fachgerechter Anwendung in extrem seltenen Ausnahmefällen zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression mit Schmerzausstrahlung, Gefühlsstörung oder (noch seltener) Lähmungserscheinungen im Bereich der Arme oder Beine bzw. der Blase oder des Mastdarms kommen.
- Dieses kann jedoch auch in einem solchen Fall durch Alltagsbewegungen oder Alltagsursachen, wie z.B. eine schnelle Drehung, ungeschicktes Bücken, das Anheben eines Gegenstandes oder Niesen ausgelöst werden.
- Nach dem heutigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es auch keinen Hinweis, dass die fachgerechte Durchführung einer chiropraktischen Justierung an der Halswirbelsäule eine Dissektion (Verletzung) gesunder hirnversorgender Halsgefäße primär verursacht. Bei Patienten mit einer verminderten Belastbarkeit der Halsgefäße kann es aber, unabhängig von einer Behandlung, zu spontanen Einrissen oder Schädigungen der Gefäßwand der Halsschlagader kommen, ohne das eine von außen kommende Verletzung des Gefäßes vorausgegangen ist.
- Diese sogenannten Spontandissektionen sind nicht immer erkennbar. Bei einer nicht erkennbaren Gefäßschädigung kann es aber in extrem seltenen Ausnahmefällen, wie auch durch andere schnelle Bewegungen, zum Ablösen eines Blutgerinnsels kommen, welches entweder das Blutgefäß verstopft oder zu einer Schädigung von Hirnabschnitten im Sinne eines Schlaganfalls führen kann. Diese gefährliche Komplikation erfordert eine sofortige Versorgung im Akutkrankenhaus.
- Auch kann es in Einzelfällen zu einer vorübergehenden „Erstverschlimmerung“ der Beschwerden kommen.
- Unsere Chiropraktiker werden eine manuelle Behandlung nur durchführen, wenn bei Ihnen / Ihrem Kind keine Faktoren auf ein Risiko für die gewählte Behandlungsmethode hindeuten.

Bitte sprechen Sie uns an, falls Ihnen etwas unklar ist!

Ich habe diese „Allgemeine Aufklärungspflicht“ sorgfältig und vollständig gelesen und verstanden:

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)