

Liebe/r Patient/in,

wir heißen Sie in unserer Praxis am Hallerplatz herzlich willkommen.

Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen der Kontaktdaten und des Anamnesebogens einen Moment Zeit.

Bei Fragen helfen wir gerne.

Das Formelle zuerst...

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie regelmäßig über unsere Leistungen, Veränderungen und Hintergründe zu unserer Arbeit informieren. Mit Ihrem Kreuz bestätigen Sie, dass wir Ihre E-Mail-Adresse dafür benutzen dürfen. Vielen Dank.

Empfohlen von: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  gesetzlich  private Zusatzversicherung  privat bei \_\_\_\_\_  
 Beihilfe  Post B

Beruf: \_\_\_\_\_  ich sitze viel  ich stehe viel  ich arbeite körperlich

Sport:  leider gar nicht  gelegentlich  regelmäßig  viel

Ich lebe in Partnerschaft  Ich habe Kinder  1  2  3  4

Haben Sie bereits am Gesundheitsforum teilgenommen?  Ja, am: \_\_\_\_\_  nein

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

Name: \_\_\_\_\_

So geht es mir im Moment...

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

Ich habe Beschwerden im Bereich:

Lendenwirbelsäule  Brustwirbelsäule  Halswirbelsäule  Gelenke \_\_\_\_\_

andere Beschwerden \_\_\_\_\_

- Meine Beschwerden sind akut seit \_\_\_\_\_ Tagen  
 Meine Beschwerden sind chronisch seit \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Jahren  
 Meine Beschwerden treten immer wieder auf

Waren Sie damit schon in Behandlung?  nein  ja, bei \_\_\_\_\_

Gab es eine Ursache?  Autounfall  Sturz  weiß nicht  andere: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?

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

Ich trage Einlagen:  Ja  Nein

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

### ***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 Operationen? Wo? Wann war das? \_\_\_\_\_

Von folgendem Genussmittel verzehre ich zu viel \_\_\_\_\_

In meiner Familie treten häufig bestimmte Krankheiten auf. Welche? \_\_\_\_\_

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Ich habe Allergien?  Ja  Nein

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?

Nein  Ja, zuletzt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Hier finde ich mich wieder...

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> schnelle Gewichtszunahme     | <input type="checkbox"/> Verstopfung                   | <input type="checkbox"/> Ich bin zufrieden                      |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit                    | <input type="checkbox"/> Durchfall                     | <input type="checkbox"/> Ich habe folgende Ziele:               |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen              | <input type="checkbox"/> Blähungen                     | _____   |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme           | <input type="checkbox"/> Essen schlingen               | _____   |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen                   | <input type="checkbox"/> Morgens bin ich müde          |   |
| <input type="checkbox"/> Hautirritationen             | <input type="checkbox"/> Ich verbrauche viel Klopapier |   |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden     | <input type="checkbox"/> Hämorrhiden                   |   |
| <input type="checkbox"/> Nagelprobleme                |  |   |
| <input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen            | <input type="checkbox"/> Kein Frühstück                | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                             |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen        | <input type="checkbox"/> Keine Zeit zum Essen          | <input type="checkbox"/> Kontaktscheu                           |
| <input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Spätes Essen                  | <input type="checkbox"/> Eltern sind doof                       |
|   | <input type="checkbox"/> Instant-Produkte + Fast-Food  | <input type="checkbox"/> Schokolade find ich richtig<br>lecker! |
| <input type="checkbox"/> Orangenhaut                  | <input type="checkbox"/> Wenig Obst und Gemüse         | <input type="checkbox"/> Sportmuffel                            |
| <input type="checkbox"/> Bindegewebsschwäche          |  | <input type="checkbox"/> Verspannung                            |
| <input type="checkbox"/> Tränensäcke                  | <input type="checkbox"/> Amalgam -Füllung              | <input type="checkbox"/> Steifheit                              |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsstreifen     | <input type="checkbox"/> Tote Zähne                    |   |
| <input type="checkbox"/> Grobporige Haut              | <input type="checkbox"/> Narben                        |   |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht                  |  |   |

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 am Tresen erhältlich. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung oder zu Anfang 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.

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Danke fürs Ausfüllen.  
Ihr Thomas Grossmann