

**Jürgen Necker, M.Sc.**

Chiropractor, Osteopath

Bonholzstr. 7

71111 Waldenbuch

Tel. 07157-526 436 4

praxis@chiro-necker.de



## Anamnese-Bogen

Vorname

Nachname

Anschrift

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Beruf

Telefon privat

Mobil

E-Mail

Krankenkasse: (Bitte ankreuzen)

- Gesetzlich Versichert
- Privat Versichert
- Zusatzversicherung

Woher kennen Sie unsere Praxis

## 1| WAS IST DER GRUND IHRES PRAXISBESUCHES?

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.
- Meine Hauptbeschwerden sind: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2| ORDNEN SIE IHRE BESCHWERDEN NACH IHRER WICHTIGKEIT

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## 3| WIE INTENSIV SIND DIE SCHMERZEN?

(Bitte tragen Sie die jeweilige Zahl der Schmerzskala in das entsprechende Kästchen ein.)



1.
2.
3.
4.

## 4| WIE HÄUFIG TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF?

1.  x täglich / wöchentlich / monatlich
2.  x täglich / wöchentlich / monatlich
3.  x täglich / wöchentlich / monatlich
4.  x täglich / wöchentlich / monatlich

## 5| WANN SIND DIE BESCHWERDEN DAS ERSTE MAL AUFTGETRETEN?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6| WAS EREIGNETE SICH VOR DEM AUFTRETEN DER JETZIGEN BESCHWERDEN?

- nichts Außergewöhnliches
- eine Erkrankung
- Kummer
- Trauer
- Schock
- Operation
- Hautausschläge
- Änderung der Körpertemperatur
- Unfall
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**7|** BEI WAS FÜHLEN SIE SICH DURCH IHRE BESCHWERDEN IM ALLTAG AM MEISTEN EINGESCHRÄNKT?

WAS FÄLLT IHNEN DURCH DIESE BESCHWERDEN SCHWERER?

WELCHES HOBBY/WELCHE LEIDENSCHAFT KÖNNEN SIE NICHT MEHR SO AUSÜBEN WIE ES IHNEN WICHTIG WÄRE?

---

---

GIBT ES BESCHWERDEN, DIE SIE NICHT MIT DER WIRBELSÄULE UND IHREM BEWEGUNGSAPPARAT IN VERBINDUNG BRINGEN?

---

---

WAREN SIE BEZÜGLICH IHRER BESCHWERDEN BEREITS IN (FACHÄRZTLICHER) BEHANDLUNG WIE PHYSIOTHERAPIE, MASSAGE, FACHARZT, CHIROPRAKTIKER O.A.?

ja, bei \_\_\_\_\_ nein

Die Behandlung war erfolgreich  wenig  erfolglos

**8|** ES GAB IN MEINEM LEBEN FOLGENDE EREIGNISSE:

Unfall

Operation

Sonstiges

**9|** ICH HABE FOLGENDE BESCHWERDEN:

Ich trage Einlagen

Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung  links:  mm  rechts:  mm

Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)

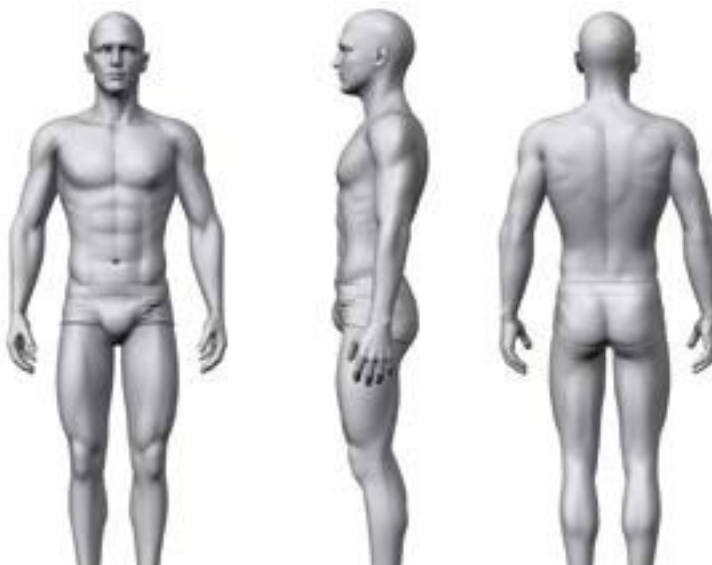
Schulter-, Arm-, Handbeschwerden

Hüft-, Knie-, Sprunggelenkbeschwerden

Brille

Kontaktlinsen

**10|** BITTE MARKIEREN SIE IHRE SCHMERZHAFTE REGION



**11|** NEHMEN SIE IN REGELMÄSSIGEN ABSTÄNDEN MEDIKAMENTE EIN?  
BLUTVERDÜNNER, SCHLAFTABLETTEN, ENTZÜNDUNGSHEMMER ETC.

- Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12|** LEIDEN SIE UNTER SCHLAF- ODER DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN?

- Ja  Nein

**13|** WURDEN SIE HINSICHTLICH IHRER BESCHWERDEN BILDGEBEND  
UNTERSUCHT?

- Röntgen  CT (Computertomographie)  
 Ultraschall  MRT (Magnetresonanztomographie)

**14|** SIND ODER WAREN SIE SCHWANGER?

- Ja  Nein

Wenn ja, wie war der Verlauf? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VON MEDIZINISCHER FACHKRAFT AUSZUFÜLLEN:

Puls		
Blutdruck		
Sauerstoffsättigung		
Balance		
Körpergröße		
Körpergewicht		

## LIEBE PATIENTIN/ LIEBER PATIENT,

die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen, osteopathischen 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 ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

### Nachfolgend möchten wir kurz auf Ihre Versicherung eingehen:

Viele gesetzliche Krankenversicherungen übernehmen osteopathische Behandlungen. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse. Wenn Sie Selbstzahler sind, fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenversicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt. Wenn Sie privat- oder zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Wir übernehmen daher für eine Erstattung keine Garantie und raten Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen

Ihre Praxis für Amerikanische Chiropraktik & Osteopathie Jürgen Necker M. Sc.

## 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 eigener Verantwortung.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine anteilige Ausfallpauschale bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Praxis für Amerikanische Chiropraktik & Osteopathie Jürgen Necker M. Sc. Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

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:

*Praxis für Amerikanische Chiropraktik und Osteopathie  
Jürgen Necker M.Sc.  
Bonholzstr. 7  
71111 Waldenbuch*

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 Behandlungsvertrages 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 dadurch 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:

Praxis für Amerikanische Chiropraktik und Osteopathie  
Jürgen Necker M.Sc.  
Bonholzstr. 7  
71111 Waldenbuch