



Necker.

Praxis für Amerikanische Chiropraktik & Osteopathie

JÜRGEN NECKER M.SC./D.O.

Chiropraktiker / Osteopath
Bonholzstr. 7 · 71111 Waldenbuch
Tel.: 07157 5 264 364
praxis@chiro-necker.de
www.chiro-necker.de

ANAMNESEBOGEN

Bitte schnellstmöglich ausgefüllt und unterzeichnet per Mail oder Post an uns zurückschicken.

Vorname

Nachname

Anschrift

PLZ

Ort

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Beruf

Telefon privat

Mobil

E-Mail

Woher kennen Sie unsere Praxis

Krankenkasse: (bitte ankreuzen und ergänzen)

Gesetzlich versichert bei

Zusatzversichert bei

für Osteopathie
Heilpraktiker

Rechnungen bitte zusenden per

E-mail*

Post

**Link zum Download*

Privat vollversichert bei

Beihilfe Bund / Land
Heilfürsorge
Signal Iduna
Sonstiges

PATIENTENFRAGEBOGEN

1. ANGABEN ZU IHRER PERSON

Alter _____ m w d

Körpergröße _____ cm Körpergewicht ca. _____ kg

2. WAS IST DER GRUND IHRES PRAXISBESUCHES?

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

Meine Hauptbeschwerden sind:

3. ORDNET SIE IHRE BESCHWERDEN NACH IHRER WICHTIGKEIT

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

4. WIE INTENSIV SIND DIE SCHMERZEN?

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



- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

5. 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 |

6. WANN SIND DIE BESCHWERDEN DAS ERSTE MAL AUFGETRETEN?

7. WAS EREIGNETE SICH VOR DEM AUFTRETEN DER JETZIGEN BESCHWERDEN?

nichts Außergewöhnliches	eine Erkrankung	Kummer
Trauer	Schock	Operation
Hautausschlag	Änderung der Körpertemperatur	
Unfall	Sonstiges	

8. 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 erfolgreich	erfolglos

9. ES GAB IN MEINEM LEBEN FOLGENDE EREIGNISSE:

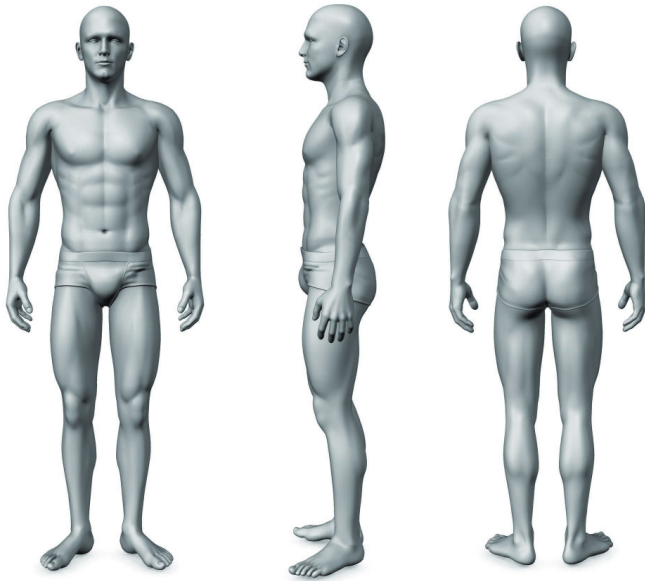
Unfall	Operation	Sonstiges
--------	-----------	-----------

Beschreibung des Ereignisses:

10. 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

11. BITTE MARKIEREN SIE IHRE SCHMERZHAFTE REGION:



12. SIND SIE RECHTS- ODER LINKSHÄNDIG?

Rechts

Links

13. NEHMEN SIE IN REGELMÄSSIGEN ABSTÄNDEN MEDIKAMENTE EIN?
BLUTVERDÜNNER, SCHLAFTABLETTEN, ENTZÜNDUNGHEMMER ETC.

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

14. LEIDEN SIE UNTER SCHLAF- ODER DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN?

Ja

Nein

15. WURDEN SIE HINSICHTLICH IHRER BESCHWERDEN BILDGEBEND UNTERSUCHT?

Röntgen

CT (Computertomographie)

Ultraschall

MRT (Magnetresonanztomographie)

16. SIND ODER WAREN SIE SCHWANGER?

Ja

Nein

Wenn ja, wie war der Verlauf?

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

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./D.O.

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. Sollte die durchgeführten diagnostischen- und therapeutischen Leistungen durch die im GebüH vorgegebenen Preise finanziell nicht ausreichend abgedeckt sein, erkläre ich mich damit einverstanden, dass sowohl vom Preis, der üblichen Anzahl der Leistungen oder der Höhe des üblichen Steigerungsfaktors und Anzahl abgewichen werden kann. Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/Patientin

(bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

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./D.O.

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 zu grundlegenden 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 des/der Patienten/Patientin

(bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

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./D.O. - Bonholzstr. 7 - 71111 Waldenbuch