

## FRAGEBOGEN FÜR ERWACHSENE

### Persönliche Daten

Name: ..... Strasse / Nr.: .....

Vorname: ..... PLZ Wohnort: .....

Geb: ..... Telefon: .....

E-Mail: ..... Mobil: .....

Angabe des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen:

Name: ..... Vorname: .....

Geb: .....

### Krankenversicherung

Selbstzahler

Privatversicherung bei:.....

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei:.....

### Allgemeine Angaben

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Art der Tätigkeit: Sie  sitzen viel  stehen viel  arbeiten körperlich

Kinder (Name und Geburtsjahr):.....

Beruf:.....

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?.....

Waren Sie schon mal in Chiropraktischer Behandlung?.....

Nein  Ja, zuletzt am:..... bei.....

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung?

Nein  Ja, wegen:.....

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen den Fragebogen vollständig aus, die Informationen verschaffen mir einen Überblick und sind von Bedeutung für die chiropraktische Behandlung.

### Ihre Gesundheit in der Kindheit und Jugend (bis 18 Jahre)

JA NEIN UNSICHER

- War Ihre eigene Geburt ein Kaiserschnitt oder eine Geburt mit Hilfsmitteln?
- Hatten Sie besondere oder häufig wiederkehrende Krankheiten?
- Wenn ja, welche ? .....
- Waren Sie sportlich aktiv?
- Haben Sie regelmäßig Medikamente eingenommen?
- Wenn ja, welche ? .....
- Sind Sie operiert worden?
- Können Sie sich an Unfälle oder Stürze erinnern?
- Haben Sie eine Zahnsperre getragen?

### Ihre Gesundheit als Erwachsener (von 18 Jahren bis heute)

Welche nennenswerten Krankheiten hatten Sie in den letzten 5 Jahren?

.....

An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

.....

### Sie haben/hatten (was und wann?)

Unfälle/Stürze:.....

Knochenbrüche:.....

Operationen:.....

Künstliche Gelenke:.....

Krebserkrankungen:.....

Allergien/Unverträglichkeiten:.....

Schuheinlagen:  Nein  Ja, links  Ja, rechts Absatzhöhung:  Nein  Ja

Zahnsperren/Retainer:  Nein  Ja

Sonstiges:.....

## Aktueller Gesundheitszustand

Sie haben keine Beschwerden und sind aus vorsorglichen Gründen in der Praxis.

Kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind:

.....  
.....

Seit wann haben Sie dieses Problem?

Tagen  Wochen  Monaten  Jahren  schon immer

Seitdem das Problem angefangen hat, ist es:

gleich geblieben  besser geworden  schlechter geworden

Ihr Problem verschlimmert sich, wenn:

.....

Ihr Problem verbessert sich, wenn:

.....

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

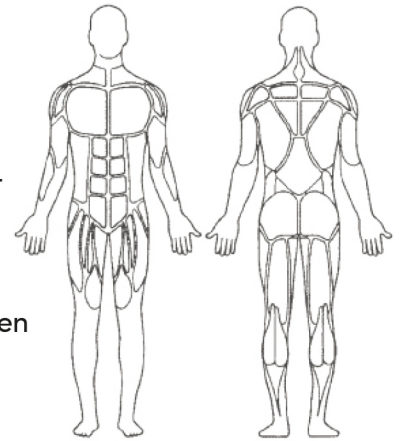
Arbeiten  Schlafen  Sitzen  Laufen  Entspannen

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht?  Nein  Ja

Haben Voruntersuchungen stattgefunden? (Röntgen, CT, MRT, Orthopäde...)

Frühere Therapien für dieses Problem:

.....



Bitte markieren Sie  
Ihre Problemzonen

## Hier finden Sie sich wieder

Kopfschmerzen

Migräne

Gedächtnisverlust

Benommenheit

Ohnmachtsanfälle

Lichtempfindlichkeit

Augenzucken

Doppelbilder sehen

Gleichgewichtsstörung

Ohrgeräusch

Kiefergelenkprobleme

Nebenhöhlenprobleme

Zahnprobleme

Schlaflosigkeit

Asthma

Kurzatmigkeit

Knochenprobleme

Blutdruckprobleme

Magengeschwüre

Schwaches Immunsystem

Verdauungsprobleme

Sodbrennen

Skoliose

Osteoporose

Diabetes

Störung des Nervensystems

Allergien

Gelenkprobleme

Schulterschmerzen

Rückenschmerzen

Muskelprobleme

Menstruationsbeschwerden

Wechseljahresbeschwerden

Schilddrüsenprobleme

Konzentrationsschwierigkeiten

Schwindel

Nasenbluten

Schleudertrauma

Häufige Blockierungen

# Behandlungsvertrag

## Liebe Patientin, lieber Patient,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte Techniken aus der modernen amerikanischen Chiropraktik. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren der amerikanischen Chiropraktik aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich zwei Minuten Zeit.

1. Urteil vom Oberlandesgericht 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 kommen kann.“ Anmerkung: Nach dem heutigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft, gibt es keinen Hinweis, dass eine korrekt ausgeführte chiropraktische Behandlung der Halswirbelsäule eine Verletzung gesunder hirnversorgender Gefäße primär verursacht.

2. Urteil des Oberlandesgerichtes Stuttgart (vom 29.02.1997, Zeichen 14U44/96)

Ein heilbehandelnder (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 Bandscheiben vorbeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg der Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilpraktiker bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheiboperation zu vermeiden.“

## Noch etwas zu Ihrer Versicherung:

Die Bezahlung erfolgt per Rechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei Ihrer Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren. Eine Nicht-Übernahme der Behandlungskosten durch eine private oder Zusatzversicherung, hat keinen Einfluss auf die Vergütung.

## Bezüglich Terminvereinbarung / Absage und Praxisausfallgebühr

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich Termine für Sie. Falls Sie einmal einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich um rechtzeitige Absage. Bitte haben Sie Verständnis, dass für Termine, die nicht mind. 24 Stunden vorher telefonisch oder per E-Mail abgesagt werden oder für Termine, die nicht wahrgenommen werden, die Praxisausfallkosten berechnet werden (BGB§252). Falls Sie sich verspäten sollten, kann die Behandlung leider nicht mehr stattfinden, da die Termine aufeinanderfolgend geplant sind. Auch hier fällt eine Ausfallgebühr an. Ausfallpauschale für einen Ersttermin 35€. Ausfallpauschale für einen Folgetermin 25€.

## Einverständniserklärung

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich hiermit einverstanden. Werden evt. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallpauschale in Höhe von 25,00 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 zahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Chiropraxis Ingelheim, Christiane Höfinghoff. Ich habe die Regelungen zur Kenntnis genommen, verstanden und akzeptiere sie. Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Patient/in

.....

Unterschrift Therapeut/in