



Fragebogen für Patienten

Meine persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnr.: _____ e-Mail: _____

Empfohlen von: _____

Krankenversicherung: gesetzlich mit Zusatzversicherung HP bei: _____

privat bei: _____ Beihilfe Post B

Beruf: _____ ich sitze viel ich stehe viel ich arbeite körperlich

Ich treibe Sport: leider gar nicht gelegentlich regelmäßig viel

Haben Sie Kinder? Wie viele? _____

Ich bin in ärztlicher Behandlung: nein ja, bei Facharzt Hausarzt Heilpraktiker

Name des Behandelnden: _____

So rechnen wir ab.

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

Unsere Leistungen werden ausschließlich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker abgerechnet werden. Bitte beachten Sie, dass Krankenkassen die Behandlungskosten grundsätzlich nicht erstatten. Private Krankenversicherer und Zusatzversicherungen, Beihilfe und B Postkasse erstatten nach jeweils verschiedenen Sätzen.

Für eine 100%ige Erstattung können wir daher keine Gewähr übernehmen!

Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.

Sind Sie privat versichert oder zusatzversichert, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker).

Bezüglich Terminvereinbarungen:

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 und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

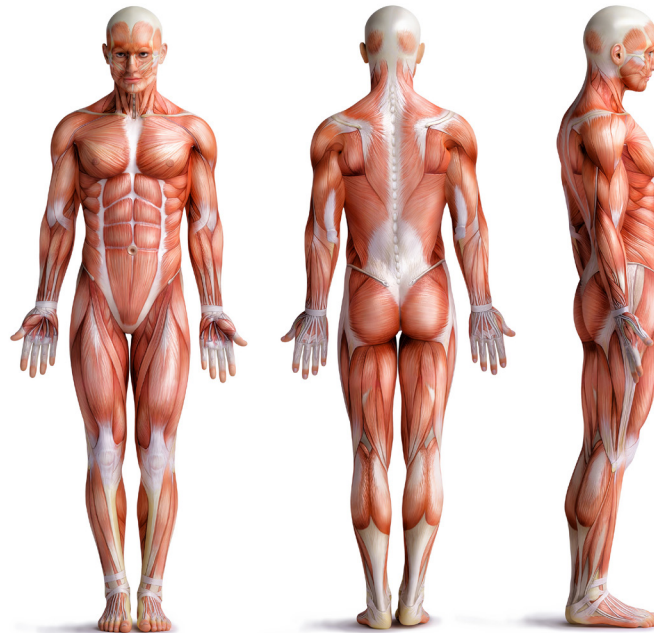
Ort, Datum

Unterschrift



Wie geht es Ihnen gerade?

- Ich **habe keine Beschwerden**, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.
- Ich **habe Beschwerden**. Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Regionen.



- Meine Beschwerden sind akut seit: _____ Tagen
- Meine Beschwerden sind chronisch seit: _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren
- Meine Beschwerden sind akut seit: _____ Tagen

Wie intensiv sind Ihre Schmerzen?

- sehr geringfügig
- geringfügig
- leicht
- stark
- sehr stark
- extrem stark

In welchem Schema treten die Schmerzen auf?

- regelmäßig
- unregelmäßig
- zeitweise
- permanent
- tagsüber
- nachts
- nach dem Essen
- bei Bewegung
- auch im Ruhezustand

Was ereignete sich unmittelbar vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?

- nichts Außergewöhnliches
- eine Erkrankung
- Kummer
- Trauer
- Schock
- Operation
- Hautausschläge
- Änderung der Körpertemperatur

Waren Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in hausärztlicher oder fachärztlicher Behandlung?

- Ja
- Nein
- Behandlung war erfolgreich
- wenig erfolgreich
- erfolglos



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 zwei Jahren eine Impfung erhalten. Welche? _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es?

keine ja, welche? Wann? _____

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann war das? _____

Gab es Operationen? Welche? Wann war das? _____

Bandscheibenvorfälle? Protrusionen? Wann/Wo? _____

In meiner Familie treten häufig folgende Krankheiten auf: _____

Von folgenden Genussmitteln verzehre ich zu viel: _____

Ich habe Allergien:

keine ja, welche? _____

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

Wurden Sie hinsichtlich Ihrer Beschwerden bildgebend untersucht?

Röntgen CT (Computertomographie)

Ultraschall MRT (Magnetresonanztomographie)

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein



Meine medizinische Vorgeschichte

Unter welcher der nachfolgend aufgeführten Krankheiten und Symptomen haben Sie schon gelitten?

	Ja	Nein
Schlaganfall		
Taubheit		
Multiple Sklerose		
Parkinson		
Lähmungserscheinungen		
Zittern		
Gleichgewichtsstörungen		
Unklarer Gewichtsverlust		
Depression		
Osteoporose		
Allergien		
Krebserkrankungen		
Thromboseneigung		
Tuberkulose		
Herzinfarkt		
Arthrose		

	Ja	Nein
Kopfschmerzen		
Sodbrennen		
Hepatitis		
Blutungsneigung		
Asthma		
Ohnmachtsanfälle		
Schwindel		
Nierenbeschwerden		
Gefäßkrankungen		
Zuckerkrankheiten		
Nierensteine		
Gallensteine		
Gicht		
Schuppenflechte		
Neurodermitis		
Migräne		

Welche der folgenden Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

	Ja	Nein
Gonorrhoe		
Kinderlähmung		
Masern		
Mumps		
Pfeiffersches Drüsenfieber		
Keuchhusten		
Malaria		
Röteln		

	Ja	Nein
RUHR		
Scharlach		
Salmonellose		
Tetanus		
Syphilis		
Tropenkrankheiten		
Tuberkulose		
Windpocken		



Allg. Aufklärungspflicht - das KLEINGEDRUCKTE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren.

Dennoch existiert seitens des Gesetzgebers die Verpflichtung, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

Bitte nehmen Sie sich 2 Minuten Zeit!

1. Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.07.1993 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 OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 14U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen (chiropraktischen) 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 über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchzuführenden 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 Eigenverantwortung des Patienten!

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der / die Erziehungsberechtigte)

Patientenname _____

Geb.Dat _____