



Aufnahmebogen Chiropraktik

Angaben zu Ihrer Person

weiblich (Schwangerschaft Nein Ja) männlich divers

Name/Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon tagsüber: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____ Hausarzt: _____

Beruf: _____ angestellt freiberuflich/selbständig

Krankenkasse: gesetzlich privat Beihilfe

Chronische Erkrankungen? Nein Ja welche? _____

Allergien? Nein Ja welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Nein Ja welche? _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung? Nein Ja

→ gab es Komplikationen? Nein Ja welche? _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr!

Sie suchen mich in meiner Praxis für Chiropraktik zur Vorsorge oder wegen Beeinträchtigungen Ihrer Gesundheit auf. Für Ihr vorab mir entgegengebrachtes Vertrauen danke ich Ihnen recht herzlich!

Um eine möglichst effektive Behandlung zu gewährleisten, bitte ich Sie, die benötigten Angaben auf den folgenden Seiten möglichst vollständig und nach bestem Wissen zu beantworten. Da ich der Schweigepflicht unterliege, werden sämtliche Ihrer Angaben selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

1. Ihr Ersttermin in meiner Praxis

Bitte bringen Sie zum Ersttermin bisherige Unterlagen zu Ihrem Krankheitsverlauf (z.B. Röntgenbilder, Arztberichte – sofern Ihnen diese zur Verfügung stehen), ggBfs. Ihren Allergiepass, häufig von Ihnen getragene Schuhe (v.a. häufig getragene Sportschuhe) und sonstige Hilfsmittel (z.B. Gehhilfen, Korsetts, Schuheinlagen) mit, die ihr Beschwerdebild im Positiven wie im Negativen beeinflussen. Sollten Sie regelmäßig in einem Gesundheits- oder Fitnessstudio trainieren, bringen Sie bitte Ihren Übungsplan/Trainingsplan mit, sofern Ihnen dieser zur Verfügung steht.

2. Allgemeine Krankheitsfragen

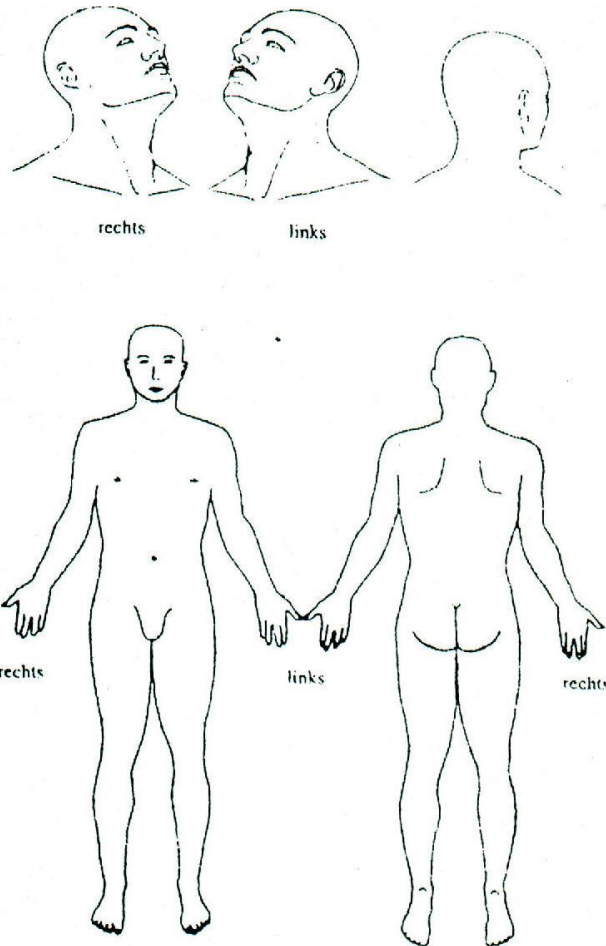
Haben Sie folgende Erkrankungen/Symptome?

Falls ja, bitte ggbfs. ergänzende Angaben:

akute Erkältung/akute Infekte	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
chronische Infektionen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Herzerkrankungen/Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Thrombose (Gefäßverschluss)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Immundefekt (z.B. HIV)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Hepatitis (A, B, C)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Suchterkrankungen (z.B. Alkohol, Nikotin)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Erkrankungen des Verdauungsapparates	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Allergie(n)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Hauterkrankungen/Hautausschläge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Zahnerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Gewichtsverlust in letzter Zeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Gewichtszunahme in letzter Zeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Ein- und/oder Durschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Narben	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Gelenkschwellungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Hämatome (blaue Flecken)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
betr. Frauen: Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____

3. Fragen zu Ihrem Anliegen

- Ich habe keine Beschwerden und suche Sie zur Vorsorge (prophylaktisch) auf.
- Ich habe Beschwerden/Schmerzen. Diese betreffen v.a. folgende Bereiche (bitte einzeichnen):



Wann war der Beginn Ihrer Schmerzen und wodurch? _____

Wie war der Beginn Ihrer Schmerzen? plötzlich allmählich weiß ich nicht

Wie sind Ihre Schmerzen lokalisiert? örtlich begrenzt ausstrahlend diffus

Wie treten Ihre Schmerzen auf? stechend brennend bohrend ziehend
 reißend schneidend stromstoßartig heiß
 pochend krampfartig anfallsartig dauernd
 wechselnd in Ruhe stärker bei Bewegung stärker
 mit Taubheit mit Kribbeln mit Lähmung

Nehmen Ihre Schmerzen zu? beim Wasserlassen beim Stuhlgang beim Pressen
 beim Husten beim Niesen
 bei bestimmten Haltungen → welche? _____

Bitte kreuzen Sie auf der Skala an, wie stark Ihre Schmerzen aktuell sind:

leichte Schmerzen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkste Schmerzen

Sind Sie wegen dieser Beschwerden zurzeit in ärztlicher oder anderer therapeutischer Behandlung?

Nein Ja und zwar bei _____

4. Unfälle / Operationen

Hatten Sie bereits Unfälle und Verletzungen?

Nein

Ja → Datum / Bereich: _____

Wurden Sie schon einmal operiert?

Nein

Ja → Datum / Bereich: _____

5. Bisherige Untersuchungen

Welche der folgenden ärztlichen Untersuchungen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt und in welcher Körperregion?

- Röntgen / CT _____
- Kernspintomografie / MRT _____
- Szintigraphie (Knochendichtemessung) _____
- Endoskopie (Magen/Darm) _____
- Laboruntersuchung (Blut, Stuhl, Urin...) _____
- Sonstiges _____

6. Medikamente

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein Ja → bitte alle angeben!

Name Medikament	Menge/Dosis	Einnahmehäufigkeit
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Haben Sie bisherige Betäubungsspritzen bei Ihrem Zahnarzt getragen? Ja Nein

7. Aufklärung zur Chiropraktik

Die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose-, Behandlungs- und Therapieverfahren richten sich nach dem aktuellen wissenschaftlichen Standard und sind gekennzeichnet durch sanfte chiropraktische Behandlungsformen mit minimaler Krafteinwirkung. Vor jeder Behandlung, insbesondere bei der Erstuntersuchung, werden mögliche Gegenanzeigen (Kontraindikationen) einer chiropraktischen Behandlung abgeklärt und ausgeschlossen. Trotz dieser sorgfältigen Anamnese, körperlichen und neurologischen Untersuchung sind gewisse Risiken, auch bei sachgemäßer Ausübung, nicht gänzlich auszuschließen. So kann beispielsweise bei einer vorgeschädigten Bandscheibe in sehr seltenen Fällen (weniger als 0,1‰) eine Nervenwurzelbeschädigung auftreten, die sich durch Gefühlsstörungen bis hin zu Lähmungen an Armen oder Beinen auswirken kann. Sind Blutgefäße im Bereich der oberen Halswirbelsäule vorgeschädigt, so kann es in sehr seltenen Fällen (weniger als 0,1‰) zu Verletzungen der Halswirbelschlagader kommen, wobei sich ein Thrombus mit der Gefahr eines folgenden Schlaganfalles bilden kann. Beide hier beschriebenen, sehr selten auftretenden Komplikationen erfordern eine sofortige Behandlung im Krankenhaus. Ich werde eine chiropraktische Behandlung in den entsprechenden Körperregionen nur durchführen, wenn ich nach entsprechender eingehender Untersuchung keine Gefahr für das Auftreten ernsthafter Komplikationen erkennen kann.

Im Anschluss an die Behandlung kann es in einigen Fällen zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen. Dies reguliert sich für gewöhnlich innerhalb den ersten Tagen nach der Behandlung.

Ich habe diese Informationen über eventuelle Risiken der Chiropraktik Verstanden und bin mit einer chiropraktischen Behandlung nach Abklärung möglicher Kontraindikationen einverstanden!

Datum _____ Name _____ Unterschrift _____

8. Informationen zum Datenschutz

Die Datenverarbeitung nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erfolgt in meiner Praxis aufgrund gesetzlicher Vorgaben. Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Befunde, Diagnosen und Therapieempfehlungen, die ich oder andere Therapeuten oder Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen, radiologischen Bildmaterial etc.). Die Erhebung von Ihren Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die sorgfältige Behandlung.

Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und/oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Therapeuten, Heilpraktiker, Ärzte, Labore, Krankenkassen und private medizinische Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Klärung von medizinischen Fragen und evtl. der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung möglicher Fehler in Ihren Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter

bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötige ich Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, Ihre Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg) zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Ich habe diese Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen!

Datum _____ Name _____ Unterschrift _____

9. Informationen zum Dienstleistungsvertrag

Sie schließen mit mir rechtlich einen Dienstleistungsvertrag ab, nach dem ich Ihnen meine Heilpraktikerleistungen in Anlehnung an das *Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker* in Rechnung stelle. Die Kosten für eine chiropraktische Behandlung betragen i.d.R. 90,- € für die Erstkonsultation (Kinder bis 17 Jahre 70,- €) und 60,- € für jede weitere Folgekonsultation (Kinder bis 17 Jahre 40,- €). In Einzelfällen können zusätzliche Kosten entstehen (z.B. für Laboruntersuchungen und weitere Therapieverfahren). Meine Behandlungskosten werden Ihnen möglicherweise durch einen privaten Kostenträger ganz oder in Teilen erstattet. Ich weise Sie darauf hin, dass Ihnen die Behandlungskosten durch Erstattungsstellen (z.B. gesetzliche Krankenkassen) nicht erstattet werden!

Sie verpflichten sich, den Rechnungsbetrag nach Rechnungseingang in voller Höhe zu begleichen, unabhängig der Höhe einer Rückerstattung durch einen Kostenträger. Bitte sagen Sie Ihren vereinbarten Termin bei Verhinderung bis spätestens am Vortag Ihrer Behandlung ab. Nicht abgesagte Termine werden Ihnen pauschal mit 40,- € in Rechnung gestellt und sind nicht erstattungsfähig.

Ich habe diese Informationen zum Dienstleistungsvertrag zur Kenntnis genommen!

Datum _____ Name _____ Unterschrift _____

Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit, stehe Ihnen für Fragen stets gerne zur Verfügung und freue mich auf ein persönliches Kennenlernen!

Herzliche Grüße,



Christof Otte