

# Fragebogen für Patienten



chiropracticforlife

Carsten Brinkpeter

Heil- und Chiropraktiker

Reiffstraße 2  
45659 Recklinghausen

tel: 02361 / 1 42 62

web: www.chiropracticforlife.de

mail: post@chiropracticforlife.de

## Das Formelle zuerst ...

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

Kinder? Wie viele? \_\_\_\_\_

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

Name des Behandelnden: \_\_\_\_\_

## So geht es mir im Moment ...

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

Ich habe Beschwerden im Bereich:

Lendenwirbelsäule  Brustwirbelsäule  Halswirbelsäule

Gelenke \_\_\_\_\_

Meine Beschwerden sind akut seit: \_\_\_\_\_ Tagen

Meine Beschwerden sind chronisch seit: \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Jahren

Meine treten immer wieder auf.

Waren Sie damit schon in Behandlung:  nein  ja, bei \_\_\_\_\_

Gab es eine Ursache?  Autounfall  Sturz  weiß nicht  andere \_\_\_\_\_

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

## 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 2 Jahren eine Impfung erhalten. Welche? \_\_\_\_\_

Welche nennenswerten Krankheiten gab es?  Keine

\_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann war das? \_\_\_\_\_

Gab es Operationen? Wo? Wann war das? \_\_\_\_\_

Bandscheibenvorfälle oder Protrusionen? Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Von folgendem Genussmittel verzehre ich zu viel: \_\_\_\_\_

In meiner Familie treten häufig bestimmte Krankheiten auf. Welche? \_\_\_\_\_

Ich habe Allergien?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

Nein  Ja, zuletzt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

## Zum Thema Abrechnung ...

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

- 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).

**Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.**

Anmerkung: Gearbeitet wird in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf langjähriger Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst.

## Bezüglich Terminvereinbarung:

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, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

## Was wir noch sagen müssen - das KLEINGEDRUCKTE

Allgemeine Aufklärungspflicht:

### 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)