

Fragebogen für Patienten (Kinder)



Carsten Brinkpeter
Heilpraktiker, Master of Science Chiropraktik
chiropractic for life

Telefon: +49 (0)2361/142 62
E-Mail: post@chiropracticforlife.de
Web: www.chiropracticforlife.de

Das Formelle zuerst ...

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnr.: _____ e-Mail: _____

Name Rechnungsempfänger: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnr.: _____ e-Mail: _____

Empfohlen von: _____

Krankenversicherung: gesetzlich mit Zusatzversicherung HP bei: _____

privat bei: _____ Beihilfe Post B

Bitte nennen Sie mir den Namen des Therapeuten Ihres Kindes (Kinderarzt, Facharzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Logopäde, etc.): _____

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind? _____ keine

Wurde Ihr Kind laut gültigem Impfplan „durchgeimpft“? ja nein andere _____

Hatte Ihr Kind Operationen? nein ja, folgende _____

So geht es meinem Kind im Moment ...

Mein Kind hat keine Beschwerden, es ist aus prophylaktischen Gründen hier.

Mein Kind hat Beschwerden im Bereich:

Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule

Gelenke _____ andere _____

Mein Kind trägt Einlagen: ja nein

Einseitige Absatzerhöhung: nein ja, links ja, rechts

Mein Kind und unsere Familie ...

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt
(z. B. Skoliose, Anomalien, Beinverkürzung, etc.) ja nein

Wenn ja, bei wem? Mutter Vater

Wir haben öfter Probleme mit dem Nacken / Kreuz
(z. B. Nacken/Kopfschmerzen, Migräne) ja nein

Wenn ja, bei wem? Mutter Vater

Wurden Geschwister schon hier in der
Praxis vorgestellt? ja nein



Schwangerschaft

Wievielte? _____ Schwangerschaft

Anzahl der Kinder? _____ Kinder

Alter der Mutter bei der Geburt? _____ Jahre

Wie viele Schwangerschaftswochen? _____ Wochen

Geburtsgewicht? _____ Gramm

Länge _____ Zentimeter

Fehllage/Querlage? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Die Geburt

Dauer _____ Stunden

Mehrlingsgeburt? ja nein

Es wurden Hilfsmittel verwendet
(Zange, Saugglocke o.ä.) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Die Geburt war ein Kaiserschnitt ja nein

Wenn ja, warum? _____

Kam es zu Geburtsverletzungen? ja nein

Wenn ja, warum? _____

Mein Kind als Säugling

Das Kind hat (hatte) einen Haarabrieb am Hinterkopf ja nein

Das Kind kann (konnte früher) nicht auf dem Bauch liegen ja nein

Das Kind hat (hatte) Schwierigkeiten mit den Augen ja nein

Das Kind schläft (schlieft) gut ein ja nein

Durchschnittliche Einschlafdauer _____ Minuten

Das Kind wird (wurde) im Schlaf oft wach ja nein

Wenn ja, wie oft? _____ Mal

Wurde eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen? ja nein

Wenn ja, welche Schlafhaltung? _____

Das Kind wurde gestillt ja nein

Wenn ja, wie lange? _____ Monate

Beim Stillen gibt (gab) es an einer Seite Schwierigkeiten ja nein

Wenn ja, an welcher Seite von Ihnen aus gesehen? rechts links

Das Baby trinkt / isst (früher) wenig oder schlecht ja nein



- Das Kind ist (war) ein Schreikind ja nein
- Es hat ‚3-Monats-Koliken‘ (gehabt) ja nein
- Wenn ja, wie lange insgesamt? _____ Monate
- Das Kind ist (war) empfindlich am Nacken
(z. B. beim Anziehen) ja nein
-

Bekannte Gesundheitsprobleme

Unser Kind leidet an...

- Rachenwegsinfekten ja nein
- Neurodermitis ja nein
- Wenn ja, seit wann? _____ Monate/ Jahre
- Allergien ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Kopfschmerzen ja nein
- Wenn Kopfschmerzen, wie oft pro Woche? _____
- Neurologische Erkrankungen ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Unser Kind trägt eine Brille ja nein
- Wenn ja, seit wann? _____ Monate/ Jahre
- Unser Kind hat oft den Mund offen ja nein
-

Bekannte Entwicklungsverzögerungen

- Haltung und Bewegung ja nein
- Sprache und Verständnis ja nein
-

Auffällige Asymmetrie/Fehlhaltung

- Wir haben das sofort nach der Geburt gesehen ja nein
- Wir haben das erst später gesehen ja nein
- Wenn ja, in welchem Alter? _____ Monate/ Jahre
- Wir wurden darauf aufmerksam gemacht ja nein
- Wenn ja, von wem? (Arzt, Hebamme, Krankengymnast) _____ Monate/ Jahre
- Uns fiel besonders folgendes auf:
(z. B. schiefer Kopf, Rumpf, Bein- oder Armhaltung, etc) _____
-



Das Baby ...

- ist (war) verspannt im Rücken, überstreckt? ja nein
- hat (hatte) einen schief gehaltenen Kopf ja rechts links nein
- liegt (lag) in einem Bogen wie ein ‚C‘ ja rechts links nein
- hat (hatte) eine unreife Hüftentwicklung ja rechts links nein
- hat (hatte) eine Fußfehlstellung ja rechts links nein
- schaut(e) nur nach rechts oder links? ja nein
- dreht(e) sich nur nach rechts oder links? ja nein
- bewegt(e) beide Arme gleich? ja nein
- wenn nein, welchen weniger? rechts links
- bewegt(e) beide Beine gleich? ja nein
- wenn nein, welches weniger? rechts links
- hat (hatte) auf einer Seite ein kleineres Gesicht? ja nein
- wenn ja, welche Seite rechts links
- hat (hatte) einen einseitig flacheren Hinterkopf? ja nein
- wenn ja, welche Seite rechts links

Sonstige Bemerkungen:

Zum Thema Abrechnung ...

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

- a) 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.
- b) 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 Zeit den Fragebogen gewissenhaft auszufüllen und die nachfolgenden Texte gründlich zu lesen. Der Text auf Seite 4 ist die Grundlage des in meiner Praxis stattfindenden Health Talks. Dieser ist für alle neuen Patienten obligatorisch und erläutert Philosophie und Behandlungsweisen der amerikanischen Chiropraktik.

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)



Carsten Brinkpeter
Heilpraktiker, Master of Science Chiropraktik
chiropractic for life

Telefon: +49 (0)2361/142 62
E-Mail: post@chiropracticforlife.de
Web: www.chiropracticforlife.de

Handout Healthtalk zur Patientenaufklärung

Chiropraktik nur als reine Schmerztherapie zu nutzen ist so, als würde man einen leistungsfähigen Computer lediglich als elektrische Schreibmaschine verwenden.

Denn bewegungseingeschränkte Wirbel und Gelenke, in der Chiropraktik Subluxationen genannt, können nicht nur Schmerz und Degeneration verursachen, sondern darüber hinaus die Steuerung des Körpers durch das Gehirn bzw. Nervensystem negativ beeinflussen, so dass eine optimale Gesundheit verhindert wird.

Weltweit führende Forscher zum Thema Chiropraktik wie Dr. Richard Barwell oder Dr. Heidi Haavik konnten in ihren Studien nachweisen, dass sich beim Justieren, d.h. beim lösen von Subluxationen, neuronale Veränderungen in verschiedenen Hirnregionen einstellen. Durch jede chiropraktische Behandlung bekommen Gehirn und Nervensystem eine Art „Neustart“, ähnlich wie bei einem Computer. Je öfter dieser „reboot“ durchgeführt wird, desto besser kommuniziert das Gehirn mit dem Körper und kann somit schneller auf schädliche Einflüsse reagieren und den Körper in Balance halten.

Subluxationen finden sich häufig, auch wenn (noch) keine Symptomatik vorhanden ist. Hier heißt es den Anfängen wehren. Es wird grundsätzlich die Subluxation justiert. Diese liegt zum Teil außerhalb des Schmerzbereiches, d. h. bei Schmerzen im LWS-Bereich kann es durchaus indiziert sein, die zugrunde liegende Subluxation im HWS-Bereich zu justieren.

Subluxationsfreiheit zu erreichen braucht oftmals Zeit, da sich die Körperhaltung optimieren muss. Anfangs sind die Zeitintervalle zwischen den Justierungen kurz, mit der Zeit werden sie bei entsprechend positivem Verlauf größer. Regelmäßige Zwischenuntersuchungen geben Aufschluss über den Behandlungsfortschritt. Danach ist eine möglichst lebenslange Kontrolle in großen Abständen sinnvoll.

Zur chiropraktischen Behandlung gehört sinnvollerweise die Mitarbeit des Patienten. Häufig ist es die eigene Lebensweise, die über alltägliche Stressoren physikalischer, chemischer oder emotionaler Art Subluxationen verursacht. Entsprechend gilt es herauszufinden, welche Aspekte des täglichen Lebens relevant sind und wie diese besser gestaltet werden können.

Wie im Healthtalk dargestellt, sind sehr viele und zum Teil sehr unterschiedliche chiropraktische Behandlungsmethoden zur Justierung geeignet, von Einzelwirbelgrifftechniken per Hand bis zu low und no force Methoden mit entsprechenden Tools.

Infolge einer Justierung ist eine kurzfristig Erstverschlimmerung im Sinne einer Schmerzverstärkung, muskulärer Verspannungen aufgrund der Haltungsänderung, oder z.B. leichter Kopfschmerzen, in



Carsten Brinkpeter
Heilpraktiker, Master of Science Chiropraktik
chiropractic for life

Telefon: +49 (0)2361/142 62
E-Mail: post@chiropracticforlife.de
Web: www.chiropracticforlife.de

Einzelfällen bis hin zum Auslösen einer Migräneattacke bei entsprechender Vorgeschichte, durchaus möglich.

Insgesamt sind schwere und schwerste Nebenwirkungen gemäß der wissenschaftlichen Studienlage extrem selten, aber eben nicht zu 100 Prozent auszuschließen. Schlaganfall, Gefäßverletzungen bei Fehlbildungen, Bandscheibenverletzungen insbesondere bei Vorschäden - wie bei jeder Bewegung im Alltag existieren diese und ähnliche Risiken auch bei der Justierung. Selbst die vollkommen korrekte Ausführung der Chiropraktik bietet diesbezüglich keine absolute Sicherheit.

Statistisch jedoch ist das Gefahrenpotential in Bezug auf schwere Nebenwirkungen im Vergleich deutlich geringer als z.B. bei der Einnahme üblicher einfacher Schmerzmittel wie Aspirin, Paracetamol oder Ibuprofen.

Entsprechend sollte der Anamnesebogen sorgfältig und vollständig ausgefüllt werden, Fragen zur Chiropraktik sind jederzeit willkommen und erwünscht!

Weitergehende Infos unter DAGC.de, Leitlinien bzw. CCP Guidelines in Deutsch oder Englisch.



Carsten Brinkpeter
chiropractic for life

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:

Carsten Brinkpeter, Heilpraktiker, Master of Science Chiropraktik, Reiffstraße 2, 45659 Recklinghausen

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 zugrunde liegenden Behandlungsvertrag (Abrechnung etc.) 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 hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Die Datenschutzerklärung in Papierform wurde ausgehändigt.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor der Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Recklinghausen, den _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten:

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:

Carsten Brinkpeter, Heilpraktiker, Master of Science Chiropraktik, Reiffstraße 2, 45659 Recklinghausen



Datenschutzerklärung

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Carsten Brinkpeter, Heilpraktiker, Master of Science Chiropraktik, Reiffstraße 2, 45659 Recklinghausen

2. Welche Daten werden genutzt?

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für die Behandlung und Abrechnung notwendig sind. Dazu gehören:

- Adressdaten (Name, Adresse/Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum/-ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit), ggf. Bankverbindung/Krankenversicherung
- Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Erstgespräch, Folgeuntersuchungen, Behandlungen, Laborergebnissen, bildgebenden Verfahren

2. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

- Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Wir geben Ihre Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind darüber hinaus gesetzlich dazu verpflichtet:

- Abrechnungsstelle bzw. Betreiberfirma Abrechnungsprogramm, Steuerberater
- ggf. Inkassounternehmen, Schufa, Rechtsanwalt, Krankenkasse nach vorheriger Entbindung von der Schweigepflicht, Finanzamt

5. Übermittlung der Daten an ein Drittland

Wir übermitteln Ihre Daten ohne Ihre weitere Zustimmung nicht ins Ausland.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern: Behandlungsdaten gemäß Patientenrechtgesetz 10 Jahre, Rechnungen nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden sie regelmäßig gelöscht.

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufsrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch nach Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG). Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu ihrer Behandlung und zur Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrags/der Behandlung oder die Ausführung des Auftrags/der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

9. Automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling

Wir bedienen uns keiner Verfahren für automatische Entscheidungsfindung und nutzen kein Profiling oder Scoring.

Carsten Brinkpeter · Reiffstr. 2 · D-45659 Recklinghausen



Carsten Brinkpeter
chiropractic for life

Heilpraktiker, Master of Science Chiropraktik
Telefon: +49 (0) 23 61 / 142 62
E-Mail: post@chiropracticforlife.de
Web: www.chiropracticforlife.de

Patientenname: _____

Datenschutz Open Adjustment

Ich bin darüber informiert worden, dass die Justierungen zumeist im Open Adjustment (großer Raum / mehrere belegte Liegen) stattfinden, um so die Entspannung in Erwartung und Vorbereitung auf die Justierung zu gewährleisten. Daher bitte auch das Handy ausschalten. Die Erstbehandlung sowie die folgenden Reexams (Nachfolgeuntersuchungen) finden in einem extra dafür vorgesehenem Untersuchungs- / Anamneseraum statt.

Entsprechend ist mir im Sinne des Datenschutzgesetzes bewusst, dass im Open Adjustment keine Gespräche stattfinden, bei denen datenschutzrelevante Informationen ausgetauscht bzw. preisgegeben werden. Bei Bedarf stehen dafür andere Räumlichkeiten zu Verfügung.

Ich erkläre hiermit, keine datenschutzrelevanten Inhalte im Open Adjustment weiter zu geben und Stillschweigen über eventuell visuell oder akustisch erlangte Informationen bzgl. anderer Patienten zu wahren.

Recklinghausen, den _____

Unterschrift _____