

Amerikanische Chiropraktik Landau

PATIENTENFRAGEBOGEN

| BITTE FÜLLEN SIE DEN FRAGEBOGEN SORGFÄLTIG AUS

VORNAME

NACHNAME

PLZ ORT

STRASSE

TELEFON

E-MAIL

GEBURTSDATUM

BERUF / TÄTIGKEIT

WOHER KENNEN SIE UNSERE PRAXIS?

GESETZLICH VERSICHERT
 PRIVAT VERSICHERT
 ZUSATZVERSICHERUNG

KRANKENVERSICHERUNG (bitte ankreuzen)

1| WAS IST DER GRUND IHRES PRAXISBESUCHES?

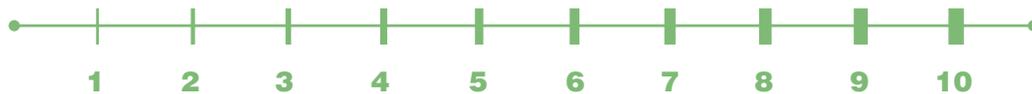
- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.
- Meine Hauptbeschwerden sind: _____

2| ORDNEN SIE IHRE BESCHWERDEN NACH IHRER WICHTIGKEIT

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

3| WIE INTENSIV SIND DIE SCHMERZEN?

(Bitte tragen Sie die jeweilige Zahl der Schmerzskala in das entsprechende Kästchen ein.)



1.
2.
3.
4.
5.

4| WIE HÄUFIG TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF?

1. x täglich / wöchentlich / monatlich
2. x täglich / wöchentlich / monatlich
3. x täglich / wöchentlich / monatlich
4. x täglich / wöchentlich / monatlich
5. x täglich / wöchentlich / monatlich

5| WAS EREIGNETE SICH VOR DEM AUFTRETEN DER JETZIGEN BESCHWERDEN?

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

PATIENTENFRAGEBOGEN

6| BEI WAS FÜHLEN SIE SICH DURCH IHRE BESCHWERDEN IM ALLTAG AM MEISTEN EINGESCHRÄNKT?

WAS FÄLLT IHNEN DURCH DIESE BESCHWERDEN SCHWERER?

WELCHES HOBBY/WELCHE LEIDENSCHAFT KÖNNEN SIE NICHT MEHR SO AUSÜBEN WIE ES IHNEN WICHTIG WÄRE?

GIBT ES BESCHWERDEN, DIE SIE NICHT MIT DER WIRBELSÄULE UND IHREM BEWEGUNGSAPPARAT IN VERBINDUNG BRINGEN?

WAREN SIE BEZÜGLICH IHRER BESCHWERDEN BEREITS IN (FACHÄRZTLICHER) BEHANDLUNG WIE PHYSIOTHERAPIE, MASSAGE, FACHARZT, CHIROPRAKTIKER O.A.?

ja, bei _____ nein

Die Behandlung war erfolgreich wenig erfolglos

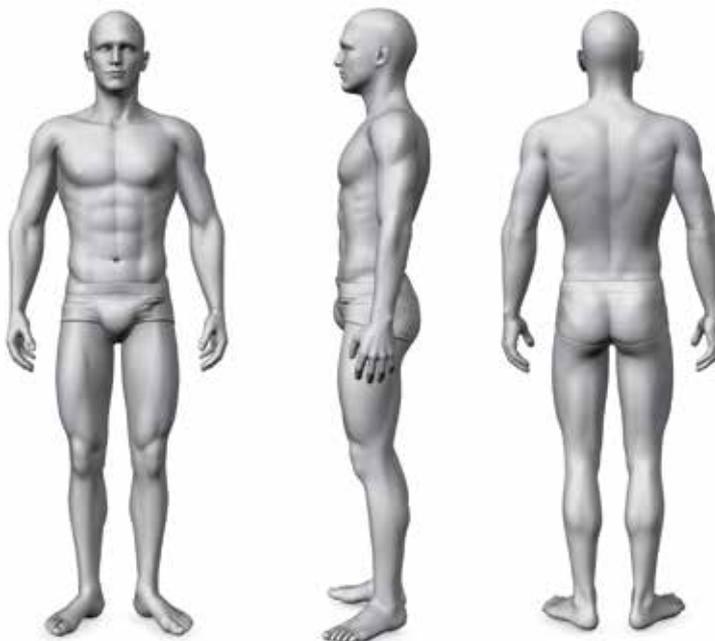
7| ES GAB IN MEINEM LEBEN FOLGENDE EREIGNISSE:

Unfall Operation Sonstiges

8| ICH HABE FOLGENDE BESCHWERDEN:

- Ich trage Einlagen
- Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung links: mm rechts: mm
- Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)
- Schulter-, Arm-, Handbeschwerden Hüft-, Knie-, Sprunggelenkbeschwerden
- Brille Kontaktlinsen

9| BITTE MARKIEREN SIE IHRE SCHMERZHAFTE REGION



10| NEHMEN SIE IN REGELMÄSSIGEN ABSTÄNDEN MEDIKAMENTE EIN?
BLUTVERDÜNNER, SCHLAFTABLETTEN, ENTZÜNDUNGSHEMMER ETC.

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

11| LEIDEN SIE UNTER SCHLAF- ODER DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN?

- Ja Nein

12| WURDEN SIE HINSICHTLICH IHRER BESCHWERDEN BILDGEBEND
UNTERSUCHT?

- Röntgen CT (Computertomographie)
 Ultraschall MRT (Magnetresonanztomographie)

13| SIND ODER WAREN SIE SCHWANGER?

- Ja Nein

Wenn ja, wie war der Verlauf? _____

VON MEDIZINISCHER FACHKRAFT AUSZUFÜLLEN:

	rechts	links
Blutdruck		
Sauerstoffsättigung		
Balance		
Pupillenreaktion		

LIEBE PATIENTIN/ LIEBER PATIENT,

die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen, osteopathischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgerichts 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 des Kopfes kommen kann.“

2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14 U 44/96) „Ein Heilbehandler (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 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.“

Nachfolgend möchten wir kurz auf Ihre Versicherung eingehen:

Viele gesetzliche Krankenversicherungen übernehmen osteopathische Behandlungen. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse. Wenn Sie Selbstzahler sind, fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenversicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt. Wenn Sie privat- oder zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Wir übernehmen daher für eine Erstattung keine Garantie und raten Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen
Ihr Zentrum für Amerikanische Chiropraktik & Osteopathie Mannheim

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten 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 eigener Verantwortung.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine anteilige Ausfallpauschale 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 bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner des Zentrums für Amerikanische Chiropraktik & Osteopathie Mannheim. Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)