



CHIROPRAKTIK OSTEOPATHIE
TIM KRÜGER

Liebe/r Patient/in,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit den Anamnesebogen auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ mobil: **(bitte angeben)** _____

E-mail: _____

Empfohlen von: _____

Krankenversicherung: gesetzlich bei _____ privat versichert bei _____

privat **zusatz**versichert (Heilpraktiker) bei _____

*(Wir sind eine **reine Privatpraxis** und rechnen intern nach der Gebührenverordnung für Heilpraktiker (GebüH) ab. Privatversicherte und Zusatzversicherte bekommen i.d.R. einen Großteil der Kosten erstattet. Für gesetzlich Versicherte bieten wir unsere vergünstigten Selbstzahlertarife an).*

Beihilfe bei _____ Selbstzahler (in der Regel wenn gesetzlich versichert)

Beruflich ich sitze viel ich stehe viel ich arbeite körperlich

Sport: gar nicht gelegentlich regelmäßig viel

Ich rauche ja nein

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? nein ja, bei

Name: _____

Sind Sie in Behandlung bei einem Heilpraktiker? nein ja, bei

Name: _____

So geht es mir im Moment...

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

Ich habe Beschwerden im Bereich:

Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule Kopf z.B. Kopfschmerzen, Schwindel,

Migräne, brain fog, Benommenheit (*bitte unterstreichen*) andere z.B.: Erschöpfung, burn out,

Benommenheit, post vac, long covid, Fibromyalgie (*bitte unterstreichen*)

Gelenke _____

Meine Beschwerden sind akut seit ca. _____ Tagen

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren

Meine Beschwerden sind lokal strahlen aus – bis wohin? _____

Meine Beschwerden sind morgens am intensivsten nehmen im Tagesverlauf zu
 Ich wache nachts davon auf

Ich vermute folgende Ursache? Autounfall Sturz bei einer best. Bewegung
 langes Sitzen, „verlegen“
 Stress Andere _____

Auf einer Skala von 1 (keine Schmerzen, bin fit) bis 10 (maximaler Schmerz, bin total erschöpft) würde ich meine momentanen Beschwerden mit der Zahl ___ beschreiben

Nehmen Sie Medikamente?

Schmerzmedikamente entzündungshemmende Medikamente Cortison
 Diabetes-Medikamente Herz-Kreislauf Medikamente „Blutverdünner“
 andere (Antidepressiva, Pille.....) _____

Ich wurde in den letzten 6 Wochen geimpft ja nein

Meine (Kranken-)Geschichte:

Bestehen Grunderkrankungen?

(wie z.B.: Bandscheibenvorfälle, Krebs, Osteoporose, Bluthochdruck, Diabetes, Rheuma etc.)

Nein Ja, welche? _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der vergangenen Zeit? (z.B. Infektionskrankheiten, Thrombose...)

_____ Wann? _____

Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt oder Schlaganfall (Apoplex)?

Nein Ja, wann? _____

Hatten Sie jemals Wirbelkörperfrakturen oder Rippenfrakturen?

Nein Ja, wann? _____

Meine Eltern / Geschwister leiden unter folgenden Erkrankungen:

_____ Nein Ja, wann/welche? _____

Gab es Operationen? Nein Ja, wo/wann? _____

Ich leide unter Verdauungsstörungen Nein Ja

Ich habe Narben ja, wo _____

Ich knirsche nachts Nein Ja weiß nicht

Ich schlafe nachts auf dem Bauch Nein Ja

Das verbinde ich mit dem Besuch der Chiropraxis Heidelberg:

weniger/keine Schmerzen mehr beweglicher sein weniger/keine Kopfschmerzen/ Migräne mehr

mehr Energie haben schwindelfrei sein weniger Verspannungen haben

weniger Medikamente nehmen müssen eine bessere Atmung weniger Verletzungen

eine bessere Verdauung mich besser fühlen einen besseren Schlaf

höhere Konzentrationsfähigkeit weniger Ohrgeräusche stressresistenter sein

anderes _____

das möchte ich gerne wieder tun (können) : _____

Meine **Hals**wirbelsäule wurde bereits bildgebend dargestellt (Röntgen, CT, MRT) Ja Nein

Es existieren Bilder von anderen Bereichen Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule Schädel

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am _____ bei _____

*Liebe(r) Patient(in), um längere Wartezeiten zu vermeiden, **reservieren** wir für sie **Termine**. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir **Terminabsagen 24 Stunden** vor dem Termin nicht berechnen. In allen anderen Fällen sind wir berechtigt, die **Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen**. Wenn wir den Termin anderweitig vergeben können, wird Ihnen natürlich kein Ausfall berechnet.*

Heidelberg, den _____ Unterschrift _____

Danke fürs Ausfüllen.

[Praxis für amerikanische Chiropraktik Heidelberg](#)

Kaiserstr. 27 a - 69115 Heidelberg - Fon: 06221/ 6522662

Aufklärungsbogen amerikanische Chiropraktik

Natürlich besteht wie bei allen Therapien in der Medizin auch bei der Chiropraktik ein kleines Restrisiko. Dies ist auch bei kunstgerechter Anwendung nicht ganz auszuschließen. Vor der Behandlung ist jeweils abzuklären, ob Sie ein Risikopatient sind. Abzuklären sind insbesondere folgende Punkte: Osteoporose; liegen Vorerkrankungen der Wirbelsäule vor (Bandscheibenvorfall? Wirbelbrüche?). Bestehen Veränderungen der Halsschlagadern? Existieren Vorbefunde oder Röntgenbilder? Medikationen (Kortison?, Blutverdünner?) Wurden Sie in den letzten 6 Wochen vor der Behandlung geimpft?

Durch den Gesetzgeber sind wir verpflichtet, Sie zwar über sehr seltene, aber evtl. mögliche Komplikationen aufzuklären.

Vorrübergehende (1-3 Tage), andauernde, muskelkaterähnliche Symptome oder Kopfschmerzen im Sinne einer „Erstverschlechterung“ treten gelegentlich auf, und sind als harmlose Reaktion des Körpers auf den „Heilreiz“ zu bewerten.

Nach dem heutigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es keinen Hinweis, dass eine korrekt durchgeführte chiropraktische Behandlung (Justierung) an der Wirbelsäule einen Bandscheibenvorfall hervorrufen kann. Bei einem schon bestehenden- auch möglicherweise bis dahin nicht erkannten- Bandscheibenvorfall kann es auch bei kunstgerechter Anwendung in extrem seltenen Ausnahmefällen zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression mit Schmerzausstrahlung, Gefühlsstörung und Lähmungserscheinungen im Bereich der Arme und Beine bzw. der Blase kommen.

Dieses kann aber in einem solchen Fall auch durch Alltagsbewegungen (z.B. Bücken) oder Alltagsursachen (z.B. Niesen, Husten) ausgelöst werden.

Noch seltener (ca. 1:400000 bis 1:2 Millionen) ist das Auftreten von Schädigungen der Gefäße, die das Gehirn versorgen.

Nach dem heutigen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es auch keinen Hinweis, dass die sachgerechte Durchführung einer chiropraktischen Justierung an der Halswirbelsäule eine Verletzung (Dissektion) gesunder hirnversorgender Halsgefäße primär verursacht.

Bei Patienten mit einer verminderten Belastbarkeit der Halsgefäße kann es aber unabhängig von einer Behandlung zu spontanen Einrissen und Schädigungen der Gefäßwand der Halswirbelsäulenschlagader kommen, ohne dass eine von außen kommende Verletzung des Gefäßes vorausgegangen ist. Diese sog. Spontandissektionen sind nicht immer erkennbar. Bei einer nicht erkannten Gefäßschädigung kann es aber in extrem seltenen Ausnahmefällen, wie auch durch andere schnelle Bewegungen, zum Ablösen eines Blutgerinnsels kommen, das entweder das Blutgefäß verlegen oder direkt zu einer Schädigung von Hirnabschnitten im Sinne eines Schlaganfalls führen kann. Dabei handelt es sich um eine gefährliche Komplikation, die lebensbedrohlich sein kann und eine sofortige Versorgung im Akutkrankenhaus erfordert.

Ihr Chiropraktiker kann durch entsprechende Vorinformationen den richtigen Weg einschlagen und wird eine Behandlung nur durchführen, wenn er bei Ihnen/Ihrem Kind keine Faktoren sieht, die auf

ein erhöhtes Risiko für die gewählte Behandlungsmethode hindeuten. Selbstverständlich kann der Chiropraktiker keine Garantie für den Behandlungsverlauf übernehmen.

Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Ihnen unklar und wichtig erscheint.



Einwilligungserklärung

In die Behandlung willige ich hiermit ein. Ich weiß, dass verschiedene Wirbelsäulenabschnitte und womöglich auch andere Körperteile behandelt werden.

Unter bewusstem Verzicht auf eine weitere Bedenkzeit wünsche ich eine Behandlung direkt nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung am heutigen Tag.

Hiermit bestätige ich, eine Kopie des Aufklärungs-/Einwilligungsbogens erhalten zu haben.

.....,den.....

Patient*in (Erziehungsberechtigte*r)

Nur im Fall einer Ablehnung der Behandlung

Die vorgeschlagene Behandlung wurde nach ausführlicher Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. Fortbestehen/Verschlimmerung der Beschwerden) wurde ich informiert.

.....,den.....

Patient*in

Chiropraktiker

[Praxis für amerikanische Chiropraktik Heidelberg](#)

Kaiserstr.27a-69115 Heidelberg

www.amerikanische-chiropraktik-heidelberg.de

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von
Herrn / Frau



Anschrift

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis für amerikanische Chiropraktik und Osteopathie Heidelberg meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zustande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Tim Krüger, Praxis für amerikanische Chiropraktik und Osteopathie
Kaiserstr. 27a
69115 Heidelberg

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Den „**Aushang Patienteninformation zum Datenschutz**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift