



CHIROPRAKTIK OSTEOPATHIE  
TIM KRÜGER

Liebe Eltern,

bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, unseren Anamnesebogen auszufüllen.

Die Liste von Fragen hilft uns, die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes möglichst gezielt zu gestalten. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  gesetzlich  privat bei \_\_\_\_\_  Beihilfe

Name eines Elternteils: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ mobil: **(bitte angeben)** \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nimmt ihr Kind? \_\_\_\_\_  Keine

Empfohlen von? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Operationen?  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Unfälle/ Stürze?  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

Mein Kind hat keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

**Mein Kind hat Beschwerden im Bereich:**

Lendenwirbelsäule  Brustwirbelsäule  Halswirbelsäule  Kopf

Gelenke \_\_\_\_\_  andere \_\_\_\_\_

Bei uns sind Wirbelsäulenprobleme bekannt  Ja  Nein

(z. B. Skoliose, Anomalien, Beinverkürzung, etc.)

Wenn ja, bei wem?  Mutter  Vater

Wir haben öfters Probleme mit dem Nacken / Kreuz  Ja  Nein

( z. B. Nacken/Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel)

Wenn ja, bei wem?  Mutter  Vater

Wurden Geschwister schon hier in der Praxis vorgestellt?  Ja  Nein

### Die Schwangerschaft:

Wievielte \_\_\_\_\_ Schwangerschaft  
Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_ Kinder  
Wie viele Schwangerschaftswochen \_\_\_\_\_ Wochen  
Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ Gramm  
Länge \_\_\_\_\_ cm  
Fehllage/Querlage  Ja  Nein

### Die Geburt

Dauer \_\_\_\_\_ Stunden  
Mehrlingsgeburt \_\_\_\_\_ Kinder  
Es wurden Hilfsmittel verwendet (Zange/Saugglocke)  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Die Geburt war ein Kaiserschnitt  Ja  Nein  
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_  
Kam es zu Geburtsverletzungen?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Mein Kind als Säugling

Das Kind schaut (schaute) vermehrt nach rechts oder links  Ja  Nein  
Das Kind ist (war) verspannt im Rücken, überstreckt  Ja  Nein  
Das Kind hat (hatte) einen schief gehaltenen Kopf Ja  rechts  links  Nein  
Das Kind liegt (lag) in einem Bogen wie ein, C' Ja  rechts  links  Nein  
Das Kind hat (hatte) eine unreife Hüftentwicklung Ja  rechts  links  Nein  
Das Kind hat (hatte) eine Fußfehlstellung Ja  rechts  links  Nein  
Das Kind hat (hatte) einen Haarabrieb am Hinterkopf  Ja  Nein  
Das Kind kann (konnte) nicht auf dem Bauch liegen  Ja  Nein  
Das Kind hat (hatte) Schwierigkeiten mit den Augen  Ja  Nein  
Wurde eine bestimmte Schlafhaltung eingenommen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Das Kind wird (wurde) gestillt

Ja  Nein

Das Kind trinkt / isst (früher) wenig oder schlecht

Ja  Nein

Es sabbert viel oder spuckt oft (früher)

Ja  Nein

Das Kind ist (war) ein Schreikind

Ja  Nein

Es hat ‚3-Monatskoliken‘ gehabt

Ja  Nein

Wenn ja, wie lange?

Das Kind ist (war) empfindlich am Nacken

Ja  Nein

### Bekannte Entwicklungsstörungen

Haltung und Bewegung

Ja  Nein

Sprache und Verständnis

Ja  Nein

soziale Fertigkeiten

Ja  Nein

### Schulkinder (ab 6 Jahren)

Rechen/Schreibschwierigkeiten

Ja  Nein

Unruhe

Ja  Nein

Kopfschmerzen

Ja  Nein

Konzentrationsschwierigkeiten

Ja  Nein

### Sonstige Bemerkungen:

---

---

---

Liebe Eltern, um längere Wartezeiten zu vermeiden, **reservieren** wir für sie **Termine**. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir **Terminabsagen 6 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. 27a - 69115 Heidelberg - Fon: 06221/ 65 22 662

## 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?).

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 „Heil reiz“ 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

Über die o.a. Ausführungen hat mich Herr Krüger / Herr Grubi informiert.

Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich in verständlicher Form umfassend informiert.

In die vorgeschlagene chiropraktische Behandlung willige ich hiermit nach angemessener Bedenkzeit 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](http://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