

Persönliche Angaben des zu Behandelnden

zu behandelnde Person:

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Name des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen:

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Anschrift der zu behandelnden Person:

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Ich bin bei folgender Krankenversicherung:

- Ich habe eine private Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei _____
 Ich bin Beihilfeberechtigte/r
 Ich bin Selbstzahler/in

Beruf: _____ ich sitze viel ich arbeite körperlich ich stehe viel

Sport: keinen gelegentlich regelmäßig viel Welchen? _____
 früher Leistungssport Welchen? _____

Sind Sie aktuell in Behandlung?

- nein
 ja, bei Arzt Physiotherapeut Heilpraktiker Osteopath

wegen: _____

Hausarzt (Name und Praxisort): _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Empfehlung durch : _____ Internet

anderweitig: _____

Ich habe Beschwerden im Bereich:

	leicht – mittel – stark			seit		
<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	_____ Wochen	_____ Jahren
<input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	_____ Wochen	_____ Jahren
<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	_____ Wochen	_____ Jahren
<input type="checkbox"/> andere Gelenke _____				_____ Tagen	_____ Wochen	_____ Jahren

Meine Beschwerden sind:

- Schmerzen
- Bewegungseinschränkung
- Taubheitsgefühl
- Schwäche

Gab es eine Ursache?

- Autounfall
- weiß nicht
- Sturz
- andere _____

Waren Sie damit schon in Behandlung?

- nein ja, bei: Arzt Heilpraktiker Osteopath Chiropraktiker

Diagnose/n: _____

Therapie: _____ (seit) wann: _____

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?

- nein
- ja, zuletzt am _____
bei: _____

Ich habe Beschwerden, oder ich leide an:

	leicht – mittel – stark			leicht – mittel – stark			
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verspannung im Nacken-/Schulter-Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unterkieferbeschwerden z.B. Knacken, Bissstellung falsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einschlafen/Taubheit/Prickeln von Händen oder Fingern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche z.B. Rauschen/Pfeifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Finger-/Handgelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehen von Schlieren / Punkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ellenbogenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schultergelenkprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stechen im Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Skoliose ist mir bekannt (S-Form der Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ziehen/Stechen in Po/Hüfte/Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häufiges Umknicken mit dem Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kniebeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ich habe ungleich lange Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sprunggelenks-/Fußschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ich habe eine Absatzerhöhung oder Fußkeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <u>Ich habe / hatte Einlagen</u>							

Allgemeine Aufklärungspflicht zum Thema Chiropraktik

Liebe Patientin, lieber Patient,
die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte, gezielte amerikanische Chiropraktik-Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch bin ich gesetzlich verpflichtet, Sie über die Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären, auch wenn diese sehr selten sind.

1. *Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 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 chirotherapeutischen Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“

2. *Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 – 14 U 44/96)*

„Ein Heilbehandler (Arzt/Heilpraktiker/Osteopath) 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.“

Grundsätzlich ist jede Behandlung mit einem Risiko behaftet, egal in welcher medizinischen Fachdisziplin.

Ich wurde durch Wiebke Friebe über das eventuelle Risiko und mögliche Nebenwirkungen der geplanten Maßnahme ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden. Alle Unklarheiten wurden im persönlichen Gespräch geklärt. **Gegebenenfalls erhobene Einwände werden im Folgenden schriftlich festgehalten.**

Anmerkungen:

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder andere Behandlungen (z.B. Chemotherapie, Physiotherapie, Schmerztherapie u.a.) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner **Eigenverantwortung** als Patient.

Im Falle eines minderjährigen Patienten:

Hiermit bestätige ich als erziehungsberechtigte Person, dass mein Kind chiropraktisch behandelt werden darf.

Name des Kindes(in Druckbuchstaben): _____

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit und Ihr Einverständnis zu den oben gemachten Angaben. Sie bestätigen, dass Sie die gemachten Angaben verstanden haben.

Rüsselsheim, den _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Behandler

Zum Thema Abrechnung:

Hiermit möchte ich Sie informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

- a) Sie sind gesetzlich versichert.
Die Rechnungsstellung erfolgt nach der GebüH, der Gebührenordnung für Heilpraktiker.
Unmittelbar nach der Behandlung erfolgt die Rechnungsstellung. Diese können Sie innerhalb von 10 Werktagen per Überweisung ausgleichen.
- b) Sie sind voll privat- oder privat zusatzversichert.
Die Rechnungsstellung erfolgt nach der GebüH, der Gebührenordnung für Heilpraktiker.
Unmittelbar nach der Behandlung erfolgt die Rechnungsstellung. Diese können Sie innerhalb von 10 Werktagen per Überweisung ausgleichen.
Die Kombinationen der Maßnahmen werden individuell auf Ihr Beschwerdebild für eine bestmögliche Genesung angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Ich behalte mir vor, an einem Tag zu beraten und zu untersuchen, sowie chiropraktisch und osteopathisch zu behandeln. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.

Bezüglich Terminvereinbarungen/ -absagen und Praxis-Ausfallgebühr:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie einen Termin. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen **24 Stunden** vor Ihrem mit mir vereinbarten Termin nicht berechnet werden. Bitte sagen Sie ihre Termine telefonisch unter 0157-52457698 ab, ggf. auf Mailbox. In allen anderen Fällen bin ich nach BGB § 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Wenn ich den Termin anderweitig vergeben kann, wird Ihnen natürlich kein Ausfall berechnet.

Bitte haben Sie Verständnis, dass ich keine Behandlung mehr durchführen kann, wenn Sie sich zum vereinbarten Termin verspäten sollten. Ich behalte mir vor, auch dann eine Ausfallgebühr zu berechnen.

Wenn nicht die Behandlungsgebühr, sondern eine Pauschale angesetzt wird, beläuft sich diese auf die Höhe, wie folgt:

Ausfallpauschale für den Ersttermin:	35,-€
Ausfallpauschale für den Folgetermin:	25,-€

Ich habe diese Regelung zu Kenntnis genommen, verstanden und akzeptiert.

Rüsselsheim, den _____

Unterschrift des Patienten

Heilpraxis Wiebke Friebe, Kirchgarten 6, 65428 Rüsselsheim

Tel. 0157 - 52 45 76 98

ING DiBa, Kto: 54 14 100 821, BLZ 500 105 17

IBAN DE95 5001 0517 5414 1008 21, BIC INGDDFFXXX

Mitglied im Fachverband Deutscher Heilpraktiker