

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich freue mich Sie in meiner Praxis für amerikanische Chiropraktik begrüßen zu dürfen.

Mein therapeutischer Fokus richtet sich auf Ihre persönliche Gesundheit. Ich betrachte Sie in Ihrer Gesamtheit als Mensch, mit Ihren individuellen Gewohnheiten und Lebensweisen. Dadurch vermeide ich eine rein symptomatische Behandlung und kann den Ursachen Ihrer Beschwerden auf den Grund gehen. Mit Hilfe dieses Anamnesebogens erhebe ich im Vorfeld bereits relevante Daten, die mir einen ersten Eindruck über Ihre persönliche Situation geben und mir helfen, Ihr gesundheitliches Potential besser abschätzen zu können.

Eine aufgeklärte und verantwortungsbewusste Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient führt Sie leichter zu Ihrem Ziel.

Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Gewissen aus, da es ein wichtiger Schritt ist, Ihnen helfen zu können.

Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten haben, sprechen Sie mich einfach an.

Ihr Timo Weimer

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname: _____ Name: _____ geboren: _____

bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten/ des Versicherten:

Vorname: _____ Name: _____ geboren: _____

Straße/ Nr.: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____ email: _____

KRANKENVERSICHERUNG

Selbstzahler

Privatversicherung bei: _____

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei: _____

ALLGEMEINE ANGABEN

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Anzahl und Alter der Kinder: _____

Beruf: _____

Art der Tätigkeit: vorwiegend sitzend vorwiegend stehend vorwiegend körperlich

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung Internet Werbung

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am ____ ____ ____ bei _____

KINDHEIT UND JUGEND

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmittel (z.B. Zange, Sauglocke)

Treten in Ihrer Familie bestimmte Krankheiten gehäuft auf? Nein Ja, welche? _____

Gab es nennenswerte Krankheiten in Ihrer Kindheit? Nein Ja, welche? _____

Gab es Operationen in Ihrer Kindheit? Nein Ja, wann/ welche? _____

Gab es Unfälle/ Stürze in Ihrer Kindheit? Nein Ja, wann/ welche? _____

Mussten Sie als Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Nein Ja, wann/ welche? _____

Haben Sie eine Zahnsperre getragen? Nein Ja

Waren Sie ein sportlich aktives Kind? Nein Ja

ERWACHSENENALTER

Hatten Sie nennenswerte Krankheiten in den letzten 5 Jahren? Nein Ja, wann/ welche? _____

Leiden Sie an chronischen Krankheiten? Nein Ja, welche, seit wann? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, welche? _____

Gab es Unfälle oder Stürze? Nein Ja, wann/ welche? _____

Gab es Knochenbrüche? Nein Ja, wann/ welche? _____

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

Haben Sie ein oder mehrere künstliche Gelenke? Nein Ja, welche? _____

Gab es Krebserkrankungen? Nein Ja, wann/ welche? _____

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? Nein Ja, welche? _____

Haben Sie eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV)? Nein Ja, welche? _____

Tragen Sie Schuheinlagen? Nein Ja, links Ja, rechts

Tragen Sie eine Absatzerhöhung? Nein Ja

Tragen Sie eine Zahnbißschiene oder Zahnspange? Nein Ja

Sonstiges _____

IHR AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Sie haben keine Beschwerden und kommen aus prophylaktischen Gründen.

Sie haben Beschwerden im Bereich Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule

Gelenke Sonstiges _____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? Tagen Wochen Monaten Jahren immer wieder

Gab es eine Ursache? _____

Was verbessert Ihre Beschwerden? _____

Was verschlimmert Ihre Beschwerden? _____

Nehmen Sie aufgrund der Beschwerden Medikamente ein? Nein Ja, welche? _____

Waren oder sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in Behandlung? Nein Ja

Bei wem sind/ waren Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in Behandlung? _____

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, ...)? Nein Ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? Nein Ja, _____ Woche

HIER FINDEN SIE SICH WIEDER

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Knochenprobleme | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> Hüftschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Knieschmerzen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelprobleme | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma |
| <input type="checkbox"/> Verspannungen | <input type="checkbox"/> Rheuma/ Steifheit | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Ohnmacht | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Augenzucken |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder sehen | <input type="checkbox"/> unscharfes Sehen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Gemütsleiden | <input type="checkbox"/> innere Unruhe | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung |
| <input type="checkbox"/> Geruchsstörung | <input type="checkbox"/> Nasenbluten | <input type="checkbox"/> Zahnprobleme | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksprobleme |
| <input type="checkbox"/> Aphten | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> starkes Schwitzen | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Geschmacksstörung |
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Ödeme | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme |
| <input type="checkbox"/> Appetitverlust | <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Blasenleiden | <input type="checkbox"/> Regelbeschwerden | <input type="checkbox"/> Nagelprobleme | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten |

IHR ALLTAG

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fühlen Sie sich müde, träge, antriebslos?

Immer.....oft.....gelegentlich.....selten.....nie

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie täglich?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie viele Portionen Gemüse essen Sie täglich?

0	1x	2x	3x	4x	5x
---	----	----	----	----	----

Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie in der Woche?

18	16	14	12	10	8	6	4	2	0
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---

Wie oft treiben Sie Sport in der Woche?

Sportart: _____

nie	1x	2x	3x	4x	5x
-----	----	----	----	----	----

Beurteilen Sie Ihren beruflichen Stresslevel!

sehr stressig...stressig.....gering.....ausgeglichen

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?

schlecht.....ausgeglichen.....gut.....sehr gut

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie beurteilen Sie Ihren Schlaf?

schlecht.....ausgeglichen.....gut.....sehr gut

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie viele Gläser Wasser trinken Sie täglich?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wie viele Portionen Obst essen Sie täglich?

0	1x	2x	3x	4x	5x
---	----	----	----	----	----

Wie oft essen Sie Fleisch in der Woche?

5x	4x	3x	2x	1x	nie
----	----	----	----	----	-----

Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

18	16	14	12	10	8	6	4	2	0
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---

Wie viele Stunden sitzen Sie pro Tag?

(Arbeitsplatz, Auto, auf dem Sofa, ...)

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Beurteilen Sie Ihren privaten Stresslevel!

sehr stressig...stressig.....gering.....ausgeglichen

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie groß ist Ihre Motivation an Ihrem Leben aktiv

etwas zu ändern?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

WICHTIG!

Liebe Patientin/ Lieber Patient,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen 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 komme 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 durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Zum Thema Abrechnung und Terminvereinbarung:

Meine Praxis ist eine reine **Bestellpraxis**. Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Ich werde versuchen, Ihnen bei Ihren Terminwünschen entgegenzukommen.

Sollten Sie einmal einen vereinbarten **Termin nicht wahrnehmen können**, so sagen Sie diesen bitte **24 Stunden vorher** ab. Wird der Termin zu spät absagt und kann nicht neu vergeben werden, so bitte ich um Ihr Verständnis, dass ich Ihnen die Kosten für diesen Termin als **Praxisausfallkosten** nach BGB/§252 in Rechnung stellen kann.

Die **Abrechnung** entspricht einer **privaten Liquidation**. Vertragspartner ist der Patient, nicht seine Krankenkasse, Sie sind daher **unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner** mit mir. Für **Privatversicherte** richtet sich die **Liquidation** nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker** (GebÜH). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Leider zahlen gesetzliche Krankenkassen grundsätzlich keine Heilpraktikerleistungen, daher müssen Sie die anfallenden Kosten selbst übernehmen. Die Kosten richten sich nach dem jeweiligen medizinischen Aufwand und orientieren sich an den Sätzen der GebÜH.

Die Kosten sind sowohl für Selbstzahler als auch für Privatversicherte unverzüglich im Anschluss an die Behandlung bar zu entrichten.

Privatpatienten erhalten jeweils zum Monatsende eine detaillierte Auflistung der Behandlungskosten zwecks Einreichung bei ihrer Kasse.

Einverständniserklärung:

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden.

- Nach gründlicher Überlegung willige ich in die vorgeschlagene **chiropraktische Behandlung** bei mir/ meinem Kind an folgenden Wirbelsäulenabschnitten und Extremitäten ein:
- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule und Rippengelenken
- Lendenwirbelsäule
- Kreuz-Darmbeingelenken
- obere Extremität
- untere Extremität
- Mit notwendiger Änderung oder Erweiterung des Verfahrens, sowie mit erforderlichen Neben- und Folgegriffen bin ich einverstanden

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Chiropraxis Weimer

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben.

Lübeck, den _____

Unterschrift: _____

