



*Liebe Patientin, lieber Patient  
und Freunde der Amerikanischen Chiropraktik,*

*wir heißen Sie in unserem Heilzentrum herzlich willkommen! Wir wünschen Ihnen,  
dass unsere Justierungen und Behandlungen auch bei Ihnen in kürzester Zeit zum  
erwünschten Erfolg führen.*



*Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um unseren Anamnesebogen vollständig  
auszufüllen, damit wir Ihre Gesundheit und Lebenssituation besser verstehen und Sie  
optimal informiert sind.*

*Diese Informationen unterstehen selbstverständlich der Schweigepflicht und sind  
keinem Dritten zugänglich.*

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer, privat/geschäftlich

**E-Mail-Adresse**

Ja  Nein

Mobilnummer

WhatsApp?

Empfohlen von:

**Krankenversicherung**

gesetzlich bei \_\_\_\_\_  Zusatzversichert HP bei \_\_\_\_\_

privat bei \_\_\_\_\_  Beihilfe  Post B

**Beruf**

\_\_\_\_\_  Ich sitze viel  Ich stehe viel  Ich arbeite körperlich

**Sport**

Ja. Welche Art \_\_\_\_\_

**Lebenssituation**

Ich bin Single  Ich lebe in einer Partnerschaft  Kinder? Wenn ja, wieviele? \_\_\_\_\_

geschieden  Religion \_\_\_\_\_

**Sind Sie in ärztlicher  
Behandlung?**

nein  ja, bei  Arzt  Hausarzt  Heilpraktiker  Psychologe/Psychotherapeut

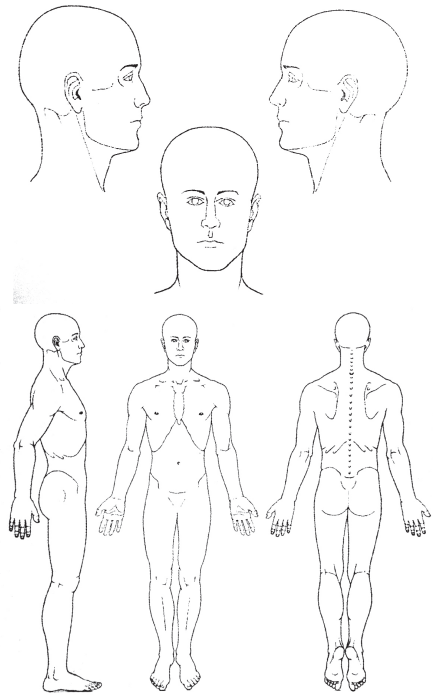
Name: \_\_\_\_\_

**So geht es mir im Moment:**

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

<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/> Oberarm	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/> Ellenbogen	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Brustkorb	<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Unterarm	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Gesicht	<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Oberbauch	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Unterbauch	<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Psychisch	<input type="checkbox"/> Unterschenkel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	<input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

**Lokalisation von Schmerzen und Beschwerden**



Meine Schmerzen/Beschwerden	Grad 0-10	Bemerkungen

Meine Beschwerden sind chronisch seit \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Jahren

**Was ist das Hauptproblem?** \_\_\_\_\_

**Meine Beschwerden/Schmerzen hindern mich an ...**  
 \_\_\_\_\_

Bisher gestellte Diagnosen: \_\_\_\_\_

Ihre Vermutungen: \_\_\_\_\_

**Bisherige Diagnostik:**

Labor    MRT/CT    Röntgen    HWS    BWS    LWS    Becken   Wenn jünger als 2 Jahre, wann? \_\_\_\_\_

**Welche Art von Behandlungen haben Sie in den letzten 2 Jahren erhalten?**  
 \_\_\_\_\_

**Unfälle/Stürze:** \_\_\_\_\_  
 wann: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie**

**Medikamente?**  nein    ja, welche \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Ich trage Einlagen:**

nein    ja

**Ich trage einseitige Absatzerhöhungen:**

nein    ja, links    ja, rechts

**Meine Geburt**

normale Geburt    Kaiserschnitt    Geburt mit Hilfsmitteln    andere Komplikationen

**Gabe es Kinderkrankheiten mit Komplikationen?**

nein    ja, welche \_\_\_\_\_

**Ich habe in den letzten Jahren eine Impfung erhalten.**

nein  ja, welche \_\_\_\_\_

**Gab es nennenswerten Krankheiten in der Kindheit?**

keine  ja, welche \_\_\_\_\_  
im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

**Menstruation:**

wie lange? \_\_\_\_\_

wie oft? \_\_\_\_\_

schmerzhaft?  nein  ja, wo \_\_\_\_\_

**Hormone:**

nein  ja, welche \_\_\_\_\_

**Klimakterium-Beschwerden:**

nein  ja, welche \_\_\_\_\_

**Gab es Operationen?**

nein  ja, wo und wann \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**Waren Sie schonmal in chiropraktischer und osteopathischer Behandlung?**

nein  ja, zuletzt am: \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

**Zahnprobleme**

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_ letzter Zahnarztbesuch wann? \_\_\_\_\_

**Zahnprophylaxe**

nein  ja

**Zahnmetalle**

nein  ja, welche (Amalgam, Gold, Titan usw ...) \_\_\_\_\_

**Sanierung**

nein  ja, wann? \_\_\_\_\_

**Kiefergelenksprobleme**

bekannte CMD

**Brillenträger/Kontaktlinsen**

nein  ja  Kurzsichtig  nein  ja  Weitsichtig  nein  ja  seit wann? \_\_\_\_\_

**Hier finden Sie mich wieder**

- Schnelle Gewichtszunahme
- Schnelle Gewichtsabnahme
- Verstopfung
- Ich bin unzufrieden
- Ich möchte in meinem Leben etwas ändern
- Essen schlingen
- Morgens bin ich müde
- Nagelprobleme
- Stimmungsschwankungen
- Sportmuffel
- Spätes Essen
- Instant-Produkte + Fast-Food
- Wenig Obst und Gemüse
- Narben
- Gleichgültigkeit
- Traurigkeit
- Herzdruck
- Augenprobleme

- Übergewicht
- Konzentrationsstörungen
- Haarausfall
- Durchfall
- Sodbrennen
- Einsamkeit
- Kontaktscheu
- Starkes Schwitzen
- Schlechtes Allgemeinbefinden
- Keine Zeit zum Essen
- Steifheit
- Bindegewebsschwäche
- Schwangerschaftsstreifen
- Optimist
- Pessimist
- Ängste
- Schwindel

- Müdigkeit
- Gedächtnisstörungen
- Schlafstörungen
- Blähungen
- Verdauungsprobleme
- Hautirritationen
- Rheumatische Beschwerden
- Hämorrhoiden
- Kein Frühstück
- Verspannung
- Orangenhaut
- Tränensäcke
- Grobporige Haut
- Potenzprobleme
- Unerfüllte Sexualität
- Erschöpfung
- Kopfschmerzen

## WAS WIR IHNEN NOCH SAGEN MÜSSEN – DAS KLEINGEDRUCKTE

### Allgemeine Aufklärungspflicht

Ich sehe mich im Stande, die Kosten, d.h. das Praxishonorar und die Laborkosten, selbst zu bezahlen.

Lieber Patient,

die in unserer Praxis durchgeführten Therapieverfahren sind sanfte, schmerzlose, auf den jeweiligen Körper ausgerichtete Justierungen, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

### Bitte nehmen Sie noch 2 Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgericht 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 14U 44/96)  
*„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chiropraktischen 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.“*

Ich wurde / werde über evtl. Risiken bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich (auch mündlich) in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Wurden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) und schulmedizinische Medikamente abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Unsere Behandlungen und Untersuchungen stellen eine Ergänzung zu schulmedizinischen Behandlungen und Untersuchungen dar. Sie ersetzen nicht den Arzt. (Dieser Satz ist uns gesetzlich vorgeschrieben)

### Zur Untersuchung

Alle Untersuchungsergebnisse, Scans, Laboruntersuchungen werden dem Patienten als Original oder Kopie ausgehändigt und eingehend erklärt.

*Bitte bringen Sie vorhandene Laboruntersuchungen, Krankenberichte, Röntgenbilder etc. zum Ersttermin mit in die Praxis. Sollten Sie keine aktuellen Röntgenbilder Ihrer Wirbelsäule haben (älter als 2 Jahre), wenden Sie sich an Ihren Arzt und erneuern Sie diese.*

### Zum Thema Abrechnung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit uns sind.

- a) Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Die Kosten der empfohlenen Behandlungen und Laboruntersuchungen nach den Care-Plänen werden Ihnen, soweit zu übersehen, nach der ersten großen Untersuchung sofort mitgeteilt. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung, als monatlicher Dauerauftrag oder im voraus, je nach von Ihnen gewähltem Finanzierungsmodell. Die Bezahlung in der Praxis ist Bar oder per EC-Cash gegen Quittung und/oder Rechnung möglich.
- b) Sind Sie privat- oder Zusatzversichert erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und nach spezieller Sachlage nach GOÄ.  
Anmerkung: Wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf unserer langjährigen Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Wir behalten uns vor, an einem Tag zu beraten und zu untersuchen und chiropraktisch und osteopathisch zu behandeln. Für eine volle Erstattung unserer Leistungen können wir leider nicht garantieren.  
Die Rechnungen werden direkt nach jeder Behandlung durch die Abrechnungsstelle für Ärzte und HP (BFS) in Dortmund geschrieben.

Die individuell anfallenden Laborkosten werden von uns im Rahmen der Laborgemeinschaft berechnet. Die Rechnungsstellung erfolgt durch die Praxis. Des Weiteren ist es möglich, dass wir Fremdlabore beauftragen, die sich in der Rechnungsstellung direkt an Sie wenden werden. Außerdem behalten wir uns vor, in einzelnen, besonderen Fällen, je nach Aufwand, bis zum 2-3-fachen Satz der Gebührenordnung für Heilpraktiker zu berechnen.

### Bezüglich Terminvereinbarung

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen bis 24 Stunden vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB § 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Der ausgefallene, nicht abgesagte Termin verfällt auch bei bereits geleistetem Honorar.

Bei Terminvergaben im Rahmen der Care-Pläne nach dem Ersttermin erheben wir eine Gebühr von Pauschal 30,- Euro. Diese Summe wird mit dem ersten Behandlungstermin verrechnet.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.