



## Liebe/r Patient/in,

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen.  
Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen der Kontaktdaten und des Anamnesebogens einen Moment Zeit.  
Sollten Sie Fragen haben, klären wir diese gerne gemeinsam.  
Vielen Dank!

### ■ PERSÖNLICHE DATEN

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

Geb.: | | | | | | | | | | Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: | | | | | | Ort: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_ privat: \_\_\_\_\_

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

Wir möchten Sie regelmäßig über unsere Leistungen, Veränderungen und Hintergründe unserer Arbeit informieren. Mit Ihrem Kreuz bestätigen Sie, dass wir Ihre E-Mail Adresse dafür benutzen dürfen. Vielen Dank.

Bei Minderjährigen bitte Angaben des Erziehungsberechtigten:

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

Geb.: | | | | | | | | | |

### ■ KRANKENVERSICHERUNG

Selbstzahler

Private Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei: \_\_\_\_\_

Privatversichert bei: \_\_\_\_\_

Beihilfe  Post B

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

### ■ AKTUELLE BESCHWERDEN

Ich bin beschwerdefrei und nur zur Vorsorge hier.

Kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind:

---

---

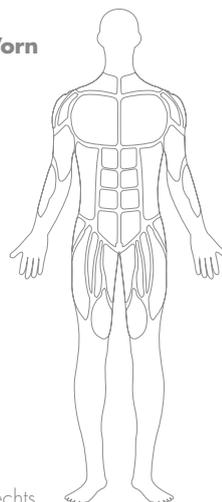
---

---

---

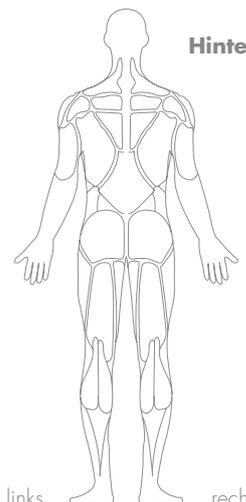
---

Vorn



rechts

Hinten



links

links

rechts

Kennzeichnen Sie gern die entsprechenden Stellen in der Grafik

Seit wann haben Sie dieses Problem?

Tagen  Wochen  Monaten  Jahren  schon immer

Seit dem Auftreten der Beschwerden und jetzt, ist es:

gleich geblieben  besser geworden  schlechter geworden

Meine Beschwerden treten immer wieder auf (ohne erkennbaren Zusammenhang)

Meine Beschwerden verschlimmern sich, wenn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meine Beschwerden bessern sich, wenn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Haben bereits Untersuchungen stattgefunden? (Röntgen, MRT, CT, Orthopäde) \_\_\_\_\_

Frühere Therapien für Ihre Beschwerden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erhalten Sie aktuell Behandlungen?  Nein  Ja, bei Hausarzt, Facharzt, Heilpraktiker

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

\_\_\_\_\_

## ■ CHIROPRAKTIK SCREENING

Haben Sie neurologische Ausfälle? (Reflexe, Sensibilität oder Motorik)  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuell Frakturen (Knochenbrüche)?  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Bestehen angeborene bzw. bekannte Gefäßanomalien?  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie Blockwirbel oder starke Osteophyten (knöchernen Ausziehungen)?  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Bestehen entzündliche Prozesse in Gelenken (z. B. PCP)?  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Bestehen Tumore oder Metastasen?  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie Osteoporose?  Nein

---

Haben Sie Arteriosklerose?  Nein

---

Besteht ein akutes Schleudertrauma (in den letzten Wochen)?  Nein

Haben oder hatten Sie Morbus Bechterew?  Nein

Haben Sie über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen?  Nein

Notiz des Therapeuten: \_\_\_\_\_

---

## ■ KRANKGESCHICHTE

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

Welche nennenswerten Krankheiten/Unfälle gab es in der Kindheit?  keine  Ja: \_\_\_\_\_

---

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der vergangenen Zeit?  keine  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

---

Gab es Unfälle/ Stürze? Welche? Wann war das? \_\_\_\_\_

---

Gab es Operationen? Welche? Wann war das? \_\_\_\_\_

---

In meiner Familie treten gehäuft bestimmte Krankheiten auf.  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

Ich nehme regelmäßig Medikamente  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

Ich musste in letzter Zeit Medikamente einnehmen (z.B. Kortison)  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

Ich habe Allergien?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

## ■ **LEBENSUMSTÄNDE**

Familienstand:  ledig  verheiratet/feste Partnerschaft  geschieden  verwitwet

Kinder  1  2  3  4

Beruf: \_\_\_\_\_

ich sitze viel  ich stehe viel  ich arbeite körperlich

Sport:  gar nicht  gelegentlich  regelmäßig  viel

Sportarten: \_\_\_\_\_  1x  2x  3x  häufiger/Woche

## ■ **SCHLAF**

Schlafposition:

Rückenlage  Seitenlage  Bauchlage

Wie würden Sie Ihre Schlafqualität beurteilen?

gut  durchschnittlich  schlecht

ich liege abends lange wach  Ich schlafe abends schnell ein

Ich wache nachts:

nie auf  gelegentlich auf  regelmäßig auf

Morgens fühle ich mich:

ausgeruht/erholt  sehr müde  gerädert

ich habe morgens Schmerzen

## ■ **ERNÄHRUNG**

kein Frühstück  keine Zeit zu Essen  spätes Essen  
 zu viel Essen  Fast Food  Instant Produkte  
 wenig Obst und Gemüse  Alkohol Gläser/Woche  Kaffee \_\_\_Tassen/Tag  
 Wasser \_\_\_l/Tag

## ■ **STRESS**

Auf einer Skala von 1- 6 beschreiben Sie bitte Ihren Stresslevel \_\_\_ beruflich \_\_\_ privat 1=keiner/6=extrem

Ich bin sehr zufrieden mit meiner Lebenssituation  Ich möchte etwas an meiner Lebenssituation ändern

Ich habe folgende Ziele \_\_\_\_\_

## ■ **ALLGEMEIN**

Zahnprobleme  Stimmungsschwankungen  Blutdruckprobleme  
 Magengeschwüre  übermäßiges Schwitzen  Blasenleiden  
 Appetitverlust  Gewichtsprobleme  Verdauungsprobleme  
 Sodbrennen  Menstruationsbeschwerden  Wechseljahrsbeschwerden  
 Konzentrationsschwierigkeiten  rheumatische Beschwerden  schlechtes Allgemeinbefinden  
 Schulterschmerzen  Rückenschmerzen  häufige Blockierungen  
 Osteoporose  Muskelprobleme  Kiefergelenksprobleme  
 Gleichgewichtsstörung  Tinnitus  Kopfschmerzen  
 Innere Unruhe  Lichtempfindlichkeit

---

## ABRECHNUNG:

### GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

Bitte informieren Sie sich über unsere Selbstzahlerpreise. Eine aktuelle Preisliste halten wir an der Rezeption für Sie bereit. Die Bezahlung erfolgt in der Regel bar nach jeder Behandlung oder zum Ende jeden Monats gegen Rechnung. Fragen Sie bei Interesse Ihre Versicherung, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, durch die eine volle oder anteilige Kostenerstattung für Heilpraktikerleistungen möglich ist.

### PRIVAT- ODER ZUSATZVERSICHERUNG

Sie erhalten eine Rechnung entsprechend der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH). Die Gebührenordnung erhalten Sie zur Einsicht an unserer Rezeption. Anmerkung: Zum Wohle Ihrer Gesundheit arbeiten wir sowohl diagnostisch als auch therapeutisch bedarfsorientiert. Sie stehen bei uns im Mittelpunkt und wir passen alle unsere Maßnahmen Ihren individuellen Bedürfnissen an. Eine taggleiche Beratung, Untersuchung und chiropraktische/ osteopathische Behandlung behalte ich mir vor. Da private Versicherungen jeweils ihre eigenen Richtlinien haben, informieren Sie sich bitte vorher bzgl. einer teilweisen oder auch vollen Kostenübernahme.

---

## HINWEIS ZU IHREN TERMINEN:

Wir nehmen uns Zeit für Sie und halten Ihnen Zeiten in unserer Praxis frei. Bitte haben Sie daher Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, für Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, die Praxisausfallkosten in Rechnung zu stellen. Mit Ihrer Unterschrift

bestätigen Sie, dass Sie die oben genannten Informationen zur Kenntnis genommen haben und akzeptieren, sowie die Richtigkeit Ihrer persönlichen Angaben.

---

Tim mendorfer Strand, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



---

## AUFKLÄRUNG:

Die Sorgfalts- und Aufklärungspflicht des **Urteils des OLG Oldenburg (vom 25.06.2008 - Az. 5U10/08)** gebietet uns jeden Patienten über eventuelle Risiken zu informieren. Die in unserer Praxis angewendeten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte lesen Sie die nachfolgenden Punkte aufmerksam durch. Sollten Sie noch weitere Fragen haben, besprechen Sie diese bitte erst mit Ihrem Behandler bevor Sie die Aufklärung unterschreiben.

**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 Manipulation an der Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.

**2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997 - 14 U 44/96)**

„Eine Heilbehandlung (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 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 über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahme ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

**Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich in verständlicher Form umfassend informiert und willige hiermit in die chiropraktische Behandlung ein.**

---

Tim mendorfer Strand, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_





## SCHRIFTLICHE EINWILLIGUNG GEMÄSS DATENSCHUTZ (DSGVO)

Um zu dokumentieren und abrechnen zu können, ist es erforderlich, dass wir Ihre persönlichen Daten speichern.

Es handelt sich bei den Daten um Ihren Namen und Ihre Anschrift. Weiter werden Daten zur Behandlung Ihrer Person und zu den Behandlungskosten erfasst. Diese Daten geben wir unter Umständen an eine Abrechnungsstelle weiter, die mit der Erstellung der Rechnung und Abwicklung der Zahlung beauftragt ist. Die Daten können ebenfalls an Kollegen oder Ärzte zur weiteren Behandlung weitergegeben werden.

Befunde und Behandlungsdaten, wie z.B. Trainingspläne, Verlaufsdokumentationen sowie Notizen aus Gesprächen und Tests können zudem in Papierform erhoben und archiviert werden.

Wir benutzen in unserer Praxis die Software Programme Lemniscus. Die o. g. Daten speichern wir auf 3 Servern in Deutschland. Es besteht ein ADV/Auftragsdatenverarbeitung Vertrag mit Lemniscus.

Wenn Sie unseren SMS-und E-Mail Service zur Vereinbarung, Erinnerung, Verlegung oder Absage eines Termins nutzen, werden die dafür notwendigen Daten ebenfalls bei uns gespeichert.

Eine Weitergabe an Dritte, beispielsweise zu Werbezwecken, erfolgt nicht. Ansprechpartner und Verantwortlicher für die DSGVO ist Sascha Knappe.

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

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass die notwendigen Daten zum Zwecke der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Timmendorfer Strand, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
Patient/ Erziehungsberechtigte/r



### RECHTE DES BETROFFENEN: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, mir gegenüber um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber mir die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach gesetzlicher Frist erfolgen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an mich übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten beziehungsweise die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.