

# Anmeldung

Name: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 geb.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Art der Tätigkeit:     sitzend    stehend    schwer tragend  
                               häufig einseitige Haltung    häufig einseitige Bewegung

Welches sind Ihre momentanen Beschwerden?

---

Ist Bildmaterial (CT-, MRT-, Röntgenbilder) vorhanden?                     ja     nein

Welche der folgenden Beschwerden incl. Ihre aktuellen Beschwerden hatten Sie in den letzten 6 Monaten?

		morg.	mitt.	aben.	<b>Bitte eintragen</b> Schmerzskala (1-10) 1 - leicht, 10 - schwer
<input type="checkbox"/> Steifheitsgefühl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Nackenschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Schulter-Arm-Schmerzen	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Schmerzen zw. den Schultern		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Schmerzen im unteren Rücken	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Schmerzen im oberen Rücken	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen allgemein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Ischialgie					___
<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li				___
<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li				___
<input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li				___
<input type="checkbox"/> beim Gehen <input type="checkbox"/> beim Stehen <input type="checkbox"/> beim Sitzen					___

		morg.	mitt.	aben.	<b>Art der Schmerzen</b>
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> stechend
Wie oft? ___ pro Woche   ___ pro Monat					<input type="checkbox"/> ziehend
<input type="checkbox"/> Migräne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pochend
Wie oft? ___ pro Woche   ___ pro Monat					<input type="checkbox"/> krampfend
					<input type="checkbox"/> brennend

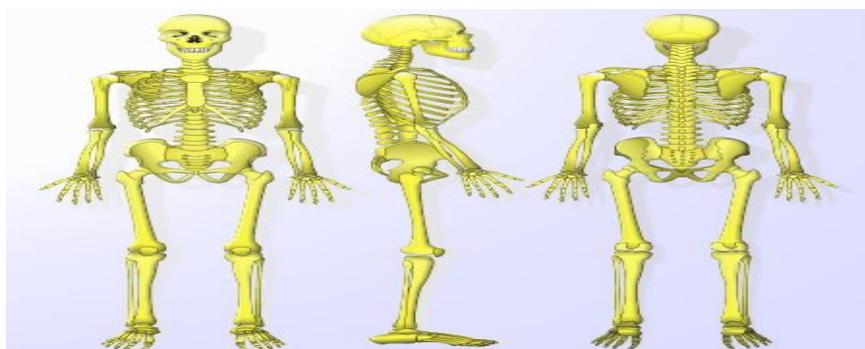
Allergien: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit und regelmäßig ein?

---

Trinkmenge: \_\_\_\_\_ Liter am Tag

Was trinken Sie? \_\_\_\_\_



Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Zonen. Bei ziehenden Schmerzen den Verlauf bitte markieren.

**Das Blatt bitte wenden!**

## Aufklärung

Sorgfalts- und Aufklärungspflicht gebieten uns jeden Patienten über eventuelle Risiken zu informieren.

### Behandlungsrisiken:

Durch einen qualifizierten Chiropraktiker ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine relativ risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Erkrankungen biomechanischen Ursprungs. Werden Gelenke an Armen und Beinen chiropraktisch korrekt behandelt, sind damit keine bekannten Risiken verbunden. Die chiropraktische Behandlung der Lenden- und Brustwirbelsäule ist ebenfalls sehr risikoarm. Nur in 1:100.000 Fällen könnte eine Nervenschädigung auftreten. Studien zeigen, dass das Risiko einer Verletzung/Schädigung der Halswirbelsäulenschlagader (Ateria vertebralis) durch eine chiropraktische Manipulation der HWS noch geringer ist. Nur in 0,64 von 1.000.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen.<sup>1</sup> Dabei ist jedoch zu beachten, dass bei Patienten mit vorgeschädigten Blutgefäßen (Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht, Diabetes etc.) auch normales Alltagsverhalten, wie der Schulterblick beim Autofahren, zu einer solchen Komplikation führen könnte.

<sup>1</sup> Hurwitz E.L., Aker P.D., Adams A.H., Meeker W.C. and Shekelle P.G., 1996. Manipulation and mobilisation of the cervical spine; A systematic review of the literature. Spine 21, 1746-1760.

### Behandlungsreaktionen:

Nach der Behandlung treten manchmal innerhalb der ersten 48 Stunden muskelkaterähnliche Schmerzen auf. In der Regel verschwinden diese schnell, wenn betroffene Stellen gekühlt werden. Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein gewisses Instabilitätsgefühl kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit einstellen. Sollten Sie noch weitere Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Chiropraktiker.

**Ich fühle mich ausreichend über die Risiken chiropraktischer Behandlungen informiert. Ich habe die obigen Ausführungen dazu gelesen und verstanden. Ich bin mit einer Behandlung einverstanden. Ich bin einverstanden, dass in Ausnahmefällen und passender Anamnese (Vorgeschichte) auch ohne Röntgenbilder chiropraktisch behandelt werden darf.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)

## Einverständniserklärung

Die Kosten der Therapien sowie der verordneten Heilmittel werden durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) nicht übernommen.

Eine Übernahme der Behandlungskosten und Heilmittel durch Beihilfe- Versicherte unterliegt der Einzelprüfung und **erfolgt daher nicht immer.**

Die Übernahme der Behandlungskosten sowie der verordneten Heilmittel durch die privaten Krankenversicherer erfolgt sehr unterschiedlich. Dieses hängt vom jeweiligen Tarif ab und ob es sich um eine Voll- oder Zusatzversicherung handelt. Auch hier erfolgt eine Einzelprüfung. **Es kann auch hier sein, dass die Kosten nicht oder nur teilweise übernommen werden.**

**Die Nicht - Übernahme der Behandlungskosten durch eine private oder Zusatz-Krankenversicherung hat keinen Einfluss auf die Vergütung.**

Privatpatienten / Patienten mit einer privaten Zusatzversicherung / Patienten ohne eine private oder Zusatz-Krankenversicherung, berechne ich die Kosten entsprechend der von mir seit dem 1. Februar 2019 ausgestellten Preisliste. Die Liste finden Sie im Warteraum.

Grundsätzlich kann ich keine verbindliche Aussage zu evtl. Gesamtkosten machen, da ich im Vorfeld nicht weiß und nicht wissen kann, welche Behandlungen erfolgen bzw. erfolgen müssen. Aus meiner Erfahrung kann ich Ihnen eine unverbindliche Richtung der Kosten angeben, aber nicht festlegen. Bei Fragen zu den Kosten sprechen Sie mich an.

Für die von uns erbrachten Leistungen erhalten Sie, nach oder während Behandlungsserie, eine Rechnung. Den Betrag haben Sie innerhalb von 14 Tagen, nach dem Erhalt der Rechnung, bar oder per Banküberweisung zu begleichen.

In der Praxis werden verbindliche Termine in der Regel ohne lange Wartezeiten vereinbart.

**Ich behalte mir vor, für Sie reservierte und nicht rechtzeitig abgesagte Behandlungstermine gegebenenfalls in Rechnung zu stellen.**

**Wenn Sie die Einverständniserklärung gelesen haben und mit dem Inhalt einverstanden sind, dann bitte unterschreiben:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)