

# HERZLICH WILLKOMMEN!

(Allg. Behandlungsrisiko und Patientenfragebogen)

## LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

wir möchten Sie zunächst herzlich bei THE EASE CHIROPRACTIC begrüßen. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit, um die nachfolgenden Hinweise aufmerksam zu lesen und den anliegenden Patientenfragebogen auszufüllen.

Der Fragebogen dient einer grundlegenden Anamnese, um das Behandlungsrisiko individuell abschätzen und gegebenenfalls weitere notwendige Voruntersuchungen (bildgebende Verfahren wie Röntgen oder MRT) oder auch Gegenanzeigen für eine Behandlung erörtern zu können.

Wir sind hier darauf angewiesen, dass Sie uns vollständig und korrekt aufklären.



## SANFTE AMERIKANISCHE TECHNIK

Bei der Chiropraktik handelt es sich um eine Therapiemethode zur Behandlung von schmerzhaften Funktionsstörungen der Wirbelsäule und anderer Gelenke der Extremitäten. Dabei sollen Blockaden und Subluxationen (Gelenkeinschränkungen mit Verschiebung der gelenkbildenden Knochenenden, bei der die Gelenkflächen partiell noch in Berührung bleiben) manuell, das bedeutet mit den Händen, gelöst werden.

Wir bieten Ihnen die Durchführung von Diagnose- und Therapieverfahren nach der sogenannten „amerikanischen Technik“ an. Diese Technik ist darauf ausgelegt, grundsätzlich bestehende Behandlungsrisiken durch die Anwendung von spezifischen Methoden so gering wie möglich zu halten. Dabei orientieren wir uns jeweils an den neuesten Erkenntnissen und Techniken aus unserem Fachgebiet und bilden uns ständig fort.



# ANAMNESEBOGEN

Bitte Download-PDF vor dem Ausfüllen auf Ihrem Computer speichern und anschließend entweder auf Doctolib hochladen oder vorab per Mail an [info@theease.de](mailto:info@theease.de) senden.

## PERSÖNLICHE DATEN

Name	Größe	cm
Vorname	Gewicht	kg
Geburtstag	<u>Beim Erstgespräch vom Behandler auszufüllen:</u>	
E-Mail	RR:	/
Straße/Nr.	PR bpm	
PLZ/Ort	%SpO2	
Telefon	Balance:	kg <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Mobil	MoP	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> vorne

## KRANKENVERSICHERUNG

Selbstzahler/gesetzlich versichert bei \_\_\_\_\_

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

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE ANGABEN

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Kinder (Name und Geburtsjahr) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

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

Waren Sie bereits in chiropraktischer Behandlung?

Nein  Ja, zuletzt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

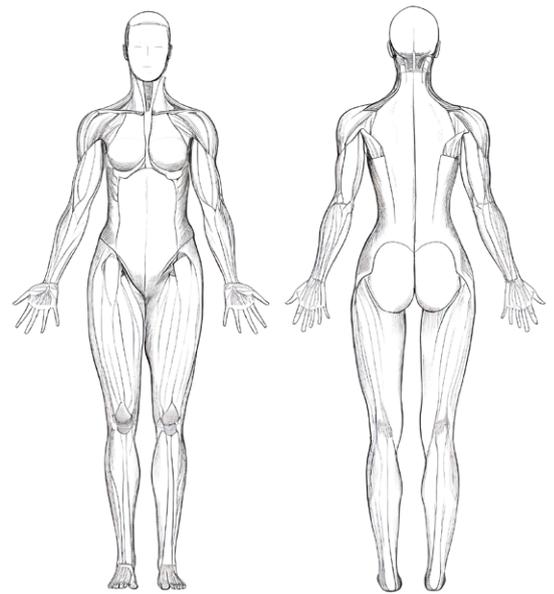
Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung?

Nein  Ja, zuletzt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

## AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Kurze Erklärung, warum Sie sich an unsere Praxis wenden:

Bitte markieren Sie Ihre Problemzonen:



Seit wann haben Sie dieses Problem?

Tagen       Wochen       Monaten       Jahren

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim ...

Arbeiten       Schlafen       Sitzen       Laufen       Entspannen

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht?

Nein       Ja, zuletzt am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, Orthopädie, ...)?

---

Frühere Therapien für dieses Problem ...

---

Haben Sie eine Zahnsperre/Aufbisschiene?  Nein       Ja

Tragen Sie Schuheinlagen?  Nein       Ja ... mit Absatzerhöhung  Nein       Ja - Links       Ja - Rechts

## IHRE GESUNDHEIT

Welche nennenswerten Erkrankungen hatten Sie in den letzten 5 Jahren?

---

An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein       Ja

Schilddrüse       Betablocker       Blutverdünner       Schmerzmittel       Cortison

Antidepressiva       Blutzuckerregulation       Cholesterinsenker       Antibiotika       Osteoporose

Anti-Baby-Pille       sonstige: \_\_\_\_\_

Sie hatten ...

- Unfälle/Stürze \_\_\_\_\_
- Operationen \_\_\_\_\_
- Knochenbrüche \_\_\_\_\_
- Künstliche Gelenke \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen \_\_\_\_\_
- Bandscheibenvorfälle \_\_\_\_\_
- Bänder-/Sehnen-/Muskelrisse \_\_\_\_\_

### RISIKOFAKTOREN

- |   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Durchblutungsstörung/Verengung der Halsgefäße                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bisherige Schlaganfälle oder kurzzeitige Ausfälle (PRIND/TIA) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bekannter Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bekannte Lungenembolie/Thrombose                              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bekannte Gerinnungsstörung                                    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bluthochdruck/Herzrhythmusstörung                             | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bekanntes Krampfleiden  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Schwindel bei plötzlicher Kopfbewegung                        | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Raucher   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

### DAS ALLTÄGLICHE

- |                          |   |              |
|--------------------------|---|--------------|
| Schlafstunden            | _____   | Std./Nacht   |
| Koffein                  | _____   | Tassen/Tag   |
| Wasser/Flüssigkeit       | _____   | L/Tag        |
| Zigaretten               | _____   | Stück/Tag    |
| Alkohol                  | _____   | Gläser/Woche |
| Süßigkeiten              | _____   | Portion/Tag  |
| Sport                    | _____   | Std./Woche   |
| Sportart                 | _____   |              |
| Ruhe/Entspannung         | _____   | Std./Tag     |
| Schwangerschaft          | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | _____ Woche  |
| Nahrungsergänzungsmittel | _____   |              |

### SELBSTEINSCHÄTZUNG

- Was ist Ihnen im Leben wichtig?  
\_\_\_\_\_
- Wie zufrieden sind Sie diesbezüglich im Moment?  
         
  
 sehr unzufrieden sehr zufrieden
- Wie schätzen Sie Ihre Gesundheitssituation ein?  
         
  
 sehr schlecht sehr gut
- Welchen Wert streben Sie für Ihre Gesundheit an?  
         
  
 sehr schlecht sehr gut
- Was glauben Sie, wie lange brauchen Sie, um wieder in Ihrer Wohlfühlphase anzukommen?  
\_\_\_\_\_
- Was können Sie selbst tun, um Ihre Wohlfühlphase zu erreichen?  
\_\_\_\_\_

# PATIENTENFRAGEBOGEN

(Informationen zur Behandlung und Einverständniserklärung)

## ALLGEMEINES BEHANDLUNGSRISIKO

Wenn Sie sich – insbesondere zur Vermeidung von schulmedizinisch indizierten Operationen und Eingriffen – für eine Behandlung in unserer Praxis entscheiden, weisen wir Sie darauf hin, dass wir Ihnen trotz Anwendung größtmöglicher Sorgfalt keinen Behandlungserfolg versprechen können. Die Wirbelsäule und das empfindliche Rückenmark sind besonders stark mit Blutgefäßen durchsetzt. Hier können selbst Bewegungen im Alltag bei Vorbelastung Verletzungen auslösen, die zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Leider können wir selbst bei Anwendung größtmöglicher Sorgfalt nicht alle Risiken ausschließen.

Nach einer Behandlung kann es in Einzelfällen auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen. Zögern Sie daher nicht, uns umgehend anzusprechen, sofern sich ein positives Behandlungsergebnis nicht einstellt oder gar eine Verschlechterung eintritt.

Bei Behandlungen von Beschwerden an den Bandscheiben kann es selbst bei fehlerfreier Durchführung der Behandlung, insbesondere auf Grund bestehender Vorschädigungen, zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe bis hin zur Folge einer spinalen Wurzelkompression kommen.

Wir müssen Sie weiter darauf hinweisen, dass es selbst bei korrekter Durchführung von Manipulationen und Behandlungen an der Wirbelsäule, insbesondere der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes mit weiteren schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen kommen kann.

Bei Fragen oder bei Zweifeln zögern Sie bitte nicht, diese mit uns zu erörtern. Vorbelastungen oder Vorerkrankungen müssen Sie uns unbedingt mitteilen, selbst wenn Sie meinen, dass diese mit der Behandlung der derzeit betroffenen Körperregionen nicht zusammenhängen (Gesamtheitliche Medizin).

## RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN

Die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Nachfolgend finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte:

- 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 Heilberuf (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.“**

# PATIENTENFRAGEBOGEN

(Informationen zur Behandlung und Einverständniserklärung)

## ABRECHNUNG

Die Bezahlung des Termins erfolgt unmittelbar nach jeder Behandlung, entweder bar oder per EC-Lastschriftverfahren.

## GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG

Die Kosten werden selten übernommen. Fragen Sie gern bei Ihrer Krankenversicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig, bzw. teilweise übernimmt.

## PRIVAT- ODER ZUSATZVERSICHERUNG

Sie erhalten eine detaillierte Rechnung laut Gebüh (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch die Versiche-

rung ist möglicherweise nicht, bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für die Erstattung keine Garantie. Bitte klären Sie dies vorher bei Ihrer Versicherung ab.

## TERMINABSAGEN

Kann ich einen Termin nicht wahrnehmen, muss ich mindestens 24 Stunden vorher telefonisch, per Anrufbeantworter oder per Mail absagen. Sage ich meinen Termin nicht wie oben beschrieben rechtzeitig ab, bin ich damit einverstanden, dass mir eine Ausfallpauschale in voller Höhe der jeweiligen Behandlung in Rechnung gestellt wird.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen

THE EASE  
CHIROPRACTIC



## BESTÄTIGUNG DER HINWEISE UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Chiropraktik sowie die Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten auf die Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt wurde (analog §§ 630a – 630h BGB). Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich in verständlicher Form umfassend informiert. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in eigener Verantwortung. Ich hatte Gelegenheit, meine Rückfragen zu erörtern. Ich willige auf dieser Grundlage in die Behandlung durch THE EASE CHIROPRACTIC ein .

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Praxis THE EASE CHIROPRACTIC .

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben im Anamnesebogen.

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Heilpraktikerin

# DATENSCHUTZERKLÄRUNG

(gemäß § 13 DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Daten erheben, speichern und weiterleiten.

## ZWECK DER DATENERHEBUNG

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere sensible Daten wie Ihre Gesundheitsdaten. Die Datenerhebung und -verarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge, etc.) und soweit des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist. Zu diesen Zwecken können uns auch Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen). Die Erhebung ist Voraussetzung für Ihre Behandlung.

## EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nicht an Dritte ohne Ihre gesonderte Einwilligung.

## SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie diese für die Durchführung der Behandlung erforderlich sind.

## EINWILLIGUNG

Die Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie sind grundsätzlich nicht verpflichtet, diese Einwilligung zu erteilen. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.

## WIDERRUFSBELEHRUNG

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen

THE EASE  
CHIROPRACTIC



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

THE EASE CHIROPRACTIC | Birthe Schoenlein  
Gottschedstraße 11 | 22301 Hamburg

Ich bin damit einverstanden, dass THE EASE CHIROPRACTIC mich bei gegebenem Anlass per Telefon, E-Mail oder SMS/WhatsApp kontaktieren darf.

Nachname, Vorname

Datum

Unterschrift Patient/in

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)