

FÜR DEN NEUEN PATIENTEN

Informationen über den Untersuchungs- und Behandlungsverlauf:
Sieben Schritte für Ihre Gesundheit!



1. Schritt

Sie werden empfangen und über den Ablauf in unserer Praxis aufgeklärt. Alle neuen Patienten werden gebeten, ihren persönlichen Gesundheitszustand zu dokumentieren.

2. Schritt

Ihre erste Konsultation mit dem Therapeuten, um ihre gesundheitlichen Probleme zu besprechen.

3. Schritt

Chiropraktische, orthopädische neurologische und/oder bioenergetische Untersuchung als Grundlage einer chiropraktischen oder anderen Behandlung.

4. Schritt

Aufklärung durch den Therapeuten über die Notwendigkeit von Blutuntersuchungen, Röntgenbildern oder, bei Bedarf, einer Computervermessung der Wirbelsäule.

5. Schritt

Bei Ihrem nächsten Termin werden Ihnen Ihre Untersuchungsergebnisse mitgeteilt. Der Therapeut wird Sie über die Ursache Ihres Problems informieren und Ihnen den Behandlungsablauf in der Praxis erklären. Nur wenn wir wirklich sicher sind, Ihnen helfen zu können, werden wir Sie als Patient annehmen. Sollte das nicht der Fall sein, werden Ihnen die bestmöglichen Spezialisten empfohlen.

6. Schritt

Nachdem Ihnen die Wirkungsweise der anzuwendenden Therapie (z.B.: Chiropraktik, Bioresonanz, Blutegel-Therapie) erklärt wurde, wird Ihnen von uns ein Therapieplan angeboten.

7. Schritt

Die Behandlung beginnt nach Ihrem persönlichen Terminplan zur schnellstmöglichen Schmerzlinderung. Anschließend wird durch eine komplette Nachuntersuchung der Erfolg der Therapie dokumentiert. Je nach Ergebnis der Nachuntersuchung wird Ihnen ein Programm zur Heilung Ihrer Beschwerden oder zur Stabilisierung bzw. weiteren Prophylaxe angeboten.

ZUR INFORMATION

Nicht wahrgenommene, jedoch vereinbarte Behandlungstermine, die bis zu 24 Stunden vor Behandlungsbeginn nicht abgesagt wurden, werden mit 25,00 Euro Ausfallhonorar berechnet, unabhängig von der Art der Krankenkasse.

(ABGELEITET AUS § 615 BGB IN VERBINDUNG MIT § 293 BGB)



Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Mit diesem Anamnesebogen werden im Vorfeld schon einmal relevante Daten erhoben. Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen aus, da es ein wichtiger Schritt ist, Ihnen helfen zu können. Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten haben, sprechen Sie mich einfach an!

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Vorname:.....

Name/Vorname des Rechnungsempfängers (bei Minderjährigen):

Straße: PLZ: Ort:

Tel. priv.:..... Geb. Datum:

Tel. tags.: Familienstand: ledig / geschieden verheiratet verwitwet

E-mail:

Beruf: Art der Tätigkeit: sitzend stehend körperlich

Kommen Sie zu uns durch Empfehlung? Wenn ja, durch wen?

Wie sind Sie krankenversichert? AOK BEK TK IKK Beihilfe Post DAK

Heilpraktiker-Zusatzversicherung Privat bei Andere

Wie möchten Sie bezahlen? Bar Rechnung / Überweisung

Notizen für den internen Gebrauch Diagnose:

Beckenschiefstand:
Links / Rechts

ISG-Blockade:
Links / Rechts

HWS-Rotation:
Links/Rechts eingeschr.

Waage:

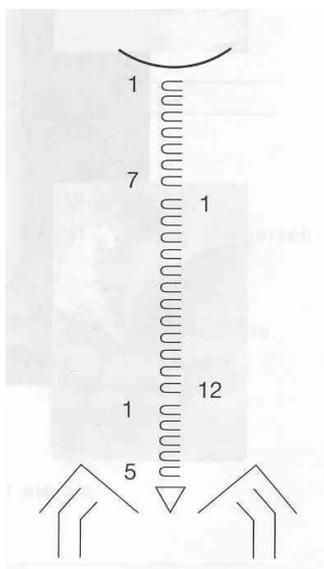
li. re.

li. re.

LUFU:

Sonstiges:

Cave



Tests (re/li ; +/-)

- ASR(S1/2)..... PSR(L3/4).....
- BSR(C5/6)..... RPR(C5/6).....
- TSR(C7/8).....
- Lasegue.....
- Zehenstand
- Fersenstand
- Schober-Zeichen.....
- Trendelenburg-Zeichen.....
- Schubladen-Phänomen.....
- Spinealyzer:.....
- Occi:
- Schulter:
- Becken:
- Lot capput:
- Lot sacrum:



MOMENTANER GESUNDHEITZUSTAND

Momentane Beschwerden: Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule Hüfte/Knie
 Schulter, Arm, Hand Syndrom Andere:

Waren Sie damit bereits in Behandlung? Nein

Ja, bei einer/m Arzt/in Heilpraktiker/in Name:

Diagnose/n:

Röntgenbilder: normal CT MRT zuletzt: (Monat/Jahr)

Therapie/n: Homöopathie Akupunktur Chiropraktik Massage Fango Spritzen

Krankengymnastik Andere: Ergebnisse: nicht geholfen wenig Erfolg kein Erfolg

Wann haben die Beschwerden begonnen?: vor einem Jahr vor wenigen Monaten

vor Wochen vor Tagen vor

Sind die Beschwerden schon einmal aufgetreten?: nein, das erste Mal ja, schon öfter

regelmäßig

Ursache: Autounfall Sturz Andere:.....

War der Beginn der Schmerzen plötzlich oder allmählich?

Nehmen Sie gegen die momentanen Beschwerden Medikamente? Nein ja und zwar: Tramal

Voltaren Diclophenac Cortison andere Medikamente

Diese Mittel helfen gut schlecht nur kurzfristig

Tragen Sie einseitige Absatzerhöhungen? Nein Ja: links rechts mm

Haben Sie noch andere Beschwerden? Nein Ja Magen Darm Leber Galle Herz

Nieren Prostata Wechseljahresbeschw. Andere:

KRANKENGESCHICHTE

Unfälle/Stürze:

Operationen: Blinddarm Mandeln Galle Bandscheibe Hüfte re/li Unterleib Krebs

Magen/Darm Andere:

Andere Krankenhausaufenthalte:

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung? Nein Ja bei:

zuletzt am:



Die nun folgende Liste muß sorgfältig beantwortet werden. Auch wenn die Fragen auf den ersten Blick nicht in einem Zusammenhang mit Ihren jetzigen Beschwerden stehen, so können sie doch für die Diagnose und die chiropraktische Behandlung von großer Bedeutung sein!

WELCHE GENUßMITTEL NEHMEN SIE MEHR ODER WENIGER REGELMÄßIG?

Kaffee Tee Alkohol Zigaretten, #pro Tag Zucker Andere:

WELCHE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN HABEN SIE (GEHABT)?

Osteoporose Arthritis Arthrose Rheumatisches Fieber Epilepsie Tuberkulose Polio
 Diabetes Bandscheibenschaden Herz-Kreislaufferkr. Schlaganfall Tumor M. Paget
 M. Bechterew Reitersyndrom MS Schilddrüsenerkr. Andere:

WELCHE DER FOLGENDEN BESCHWERDEN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 6 MONATEN?

Bewegungsapparat

Schmerzen im unteren Rücken Schmerzen zwischen den Schultern Nackenschmerzen
 Schulter-Arm-Schmerzen Gelenkschmerzen beim Gehen Kiefergelenkprobleme Steifheitsgefühl, besond. morgens Ischialgie (später besser) Andere:

Urogenitaltrakt

Blasenbeschwerden Schmerzen beim Wasserlassen verfärbter Urin Prostatabeschwerden
 Impotenz Andere:

Stehen Ihre Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer Periode? Ja Nein unregelmäßige Periode
 menstruelle Krämpfe Andere:
 Sind Sie schwanger? Monat:..... Nein

Nervensystem

Unruhe Taubheit Lähmung Schwindel Kälte/Kribbeln Streß Erbrechen
 Vergesslichkeit Ohnmacht Depression

Herz-Kreislauf

Brustschmerz Kurzatmigkeit Blutdruckprobleme Herz-Rhythmusstörungen Krampfadern
 Herzbeschwerden Lungenbeschwerden geschwollene Füße/Ödeme Herzinfarkt Schlaganfall
 Schwindel Ohnmacht/Tinnitus

Generelle Beschwerden

Abgeschlagenheit Allergien (welche/wann auftretend):
 Schlafstörungen Fieber Hämorrhoiden Andere:

Kopf

Augen Zähne Zahnsperre o.ä. größere Eingriffe a. d. Zähne Mandeln/Polypen Tinnitus
 Nebenhöhlen Kopfschmerzen Migräne Schwerhörigkeit Ohrenschmerzen Halsschmerzen
 Schilddrüse

Magen-Darm-Trakt

Durchfall Verstopfung Übelkeit Erbrechen Magen-/Darm-Krämpfe Hämorrhoiden
 Gallenbeschwerden Leberbeschwerden Völlegefühl/Blähungen Gewichtsprobleme Appetitmangel Süßigkeitsverlangen Trinkmenge: (Liter pro Tag)

Familienanamnese

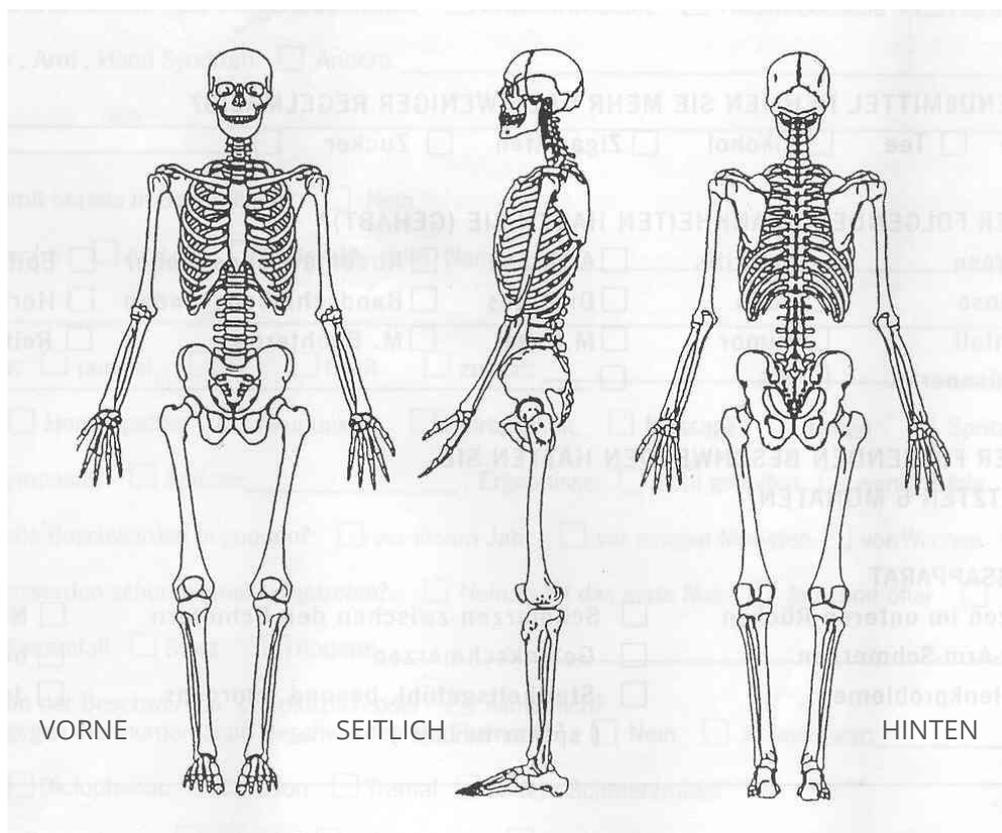
Die folgenden Familienmitglieder haben dieselben oder ähnliche Beschwerden wie Sie:
 Mutter Vater Bruder Schwester (Ehe-)Partner Kinder

Derzeitige Medikamenteneinnahme :

Medikamentenunverträglichkeit:



Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften / irritierten Zonen:



Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären:

In dem Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.03.93 302/91) wird verlangt, Patienten das Risiko aufzuzeigen, dass es in seltenen Fällen, vor allem bei nicht korrekter Durchführung der chiropraktischen Justierung der oberen Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes (Schlaganfall / A. Vertebralis) kommen kann.

Kommentar

1. Grundsätzlich kann **jede** Behandlung eines jeden Therapeuten mit einem Risiko behaftet sein, sei es bei Chiropraktik, Akupunktur oder Neuraltherapie oder anderen Behandlungsmethoden. (Auch die Aspirin-Tablette kann Magenbluten verursachen!)
2. Bei den sanften amerikanischen Techniken ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert.
3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
4. Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen bzw. im Vorfeld festgestellt werden.
5. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, wir setzen sonst Ihr Behandlungseinverständnis voraus.

Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt:

Datum: **Unterschrift:**

(Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)



Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname, Name Geburtsdatum

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers:

Dietmar Berendes, Graebestraße 6a, 33790 Halle/Westfalen

als Träger der elterlichen Verantwortung meine Einwilligung in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten von

Vorname, Name Geburtsdatum

im Zusammenhang mit der Behandlung dieses Kindes in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers: Dietmar Berendes, Graebestraße 6a, 33790 Halle/Westfalen

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten/Erziehungsberechtigten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe 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. Der Widerruf ist zu richten an:

Dietmar Berendes, Graebestraße 6a, 33790 Halle/Westfalen