

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte fülle den Bogen sorgfältig aus und bringe ihn zur ersten Behandlung mit bzw. sende ihn vorab via Doctolib oder E-Mail an info@felixpraxis.de. Auf Basis der Informationen erhalte ich einen ersten Eindruck über Deinen Gesundheitszustand. Zudem folgen die AGB sowie die Einwilligung vor der Behandlung.

Überblick Unterlagen

1. Fragebogen (Anamnese)
2. Behandlungsvertrag und Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB)
3. Aufklärung und Einwilligung

1. Fragebogen

Persönliche Angaben

| | |
|---------------|---------------------|
| Vorname: | Nachname: |
| PLZ & Ort: | Straße, Hausnummer: |
| Telefon: | E-Mail-Adresse: |
| Geburtsdatum: | Versicherung: |

Wie wurdest Du auf meine Praxis aufmerksam?

- Empfehlung Studio-Werbung Google-Suche Google-Maps Doctolib Social Media

Wie sieht Dein Arbeitsalltag aus?

- stehe viel sitze viel gemischt körperliche Arbeit

Was ist der Grund des Praxisbesuches?

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

Meine Hauptbeschwerden sind: _____

Hast Du Schmerzen?

- nein ja

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Meine Beschwerden sind akut seit _____Tagen

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____Tagen _____Monaten _____Jahren



Meine Beschwerden sind schon

einmal oder

mehrmals aufgetreten

In welchem Schema treten die Beschwerden auf?

regelmäßig

nachts

bei Bewegung

unregelmäßig

tagsüber

nach dem Essen

permanent

auch in Ruhe

Was ereignete sich vor dem Auftreten der jetzigen Beschwerden?

nichts Außergewöhnliches

Stress

Kummer

Krankheit

Schock

Änderung der Körpertemperatur

Trauer

Operation

Warst Du bezüglich Deiner Beschwerden in hausärztlicher oder fachärztlicher Behandlung?

ja

nein

Die Behandlung war

erfolgreich

wenig erfolgreich

erfolglos

Die Behandlung erfolgte bei: _____

Warst oder bist Du bezüglich Deiner Beschwerden in therapeutischer Behandlung?

ja

nein

Es gab in meinem Leben folgende Ereignisse:

Unfall

Wann? _____

Operation

Wann? _____

Ich habe folgende Beschwerden:

Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung

links rechts

Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)

an Schultern, Armen und/oder Händen

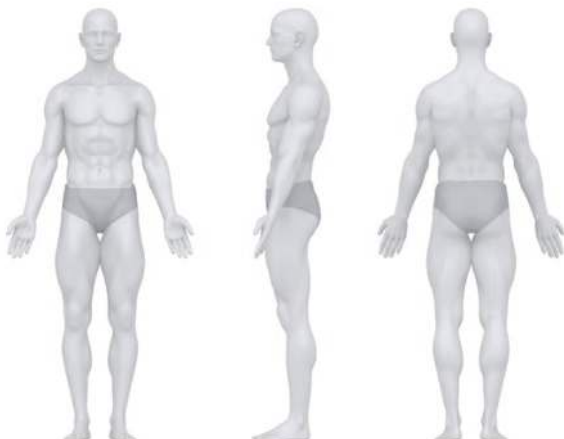
an Hüften, Knien und/oder Sprunggelenken

Ich trage Einlagen

links _____mm

rechts: _____mm

Bitte markiere Deine schmerzhafte Region:



Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?

Blutverdünner, Schlaftabletten, Entzündungshemmer, Cortison etc.

- ja nein manchmal

Wurdest Du hinsichtlich Deiner Beschwerden bildgebend untersucht?

- Röntgen CT (Computertomographie)
- Ultraschall MRT (Magnetresonanztomographie)

Bei Patientinnen: Bist Du schwanger oder hast du kürzlich entbunden?

- ja nein

Wenn ja, wie ist oder war der Verlauf? _____

Meine medizinische Vorgeschichte

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Polio |
| <input type="radio"/> Arthrosen | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Rheumatisches Fieber |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Rheuma/Arthritis |
| <input type="radio"/> Bandscheibenvorfall | <input type="radio"/> Knochenbrüche | <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="radio"/> Bindegewebskrankheit | <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Lähmungserscheinungen | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Blutungsneigung | <input type="radio"/> M. Bechterew | <input type="radio"/> Schleudertrauma |
| <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Schwindel |
| <input type="radio"/> Schuppenflechte | <input type="radio"/> Diabetes Mellitus | <input type="radio"/> Multiple Sklerose |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Nebenhöhlenprobleme | <input type="radio"/> Sodbrennen |
| <input type="radio"/> Gallensteine | <input type="radio"/> Neurodermitis | <input type="radio"/> Spinalkanalstenose |
| <input type="radio"/> Gefäßerkrankung/Thrombose | <input type="radio"/> Nierenbeschwerden | <input type="radio"/> Taubheit |
| <input type="radio"/> Gelenkprothesen | <input type="radio"/> Nierensteine | <input type="radio"/> Thromboseneigung |
| <input type="radio"/> Gewichtsverlust | <input type="radio"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Tinnitus |
| <input type="radio"/> Gicht | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Tuberkulose |
| <input type="radio"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> Zittern |

Welche Infektionskrankheiten hast Du durchgemacht?

- Gürtelrose Masern
- Borreliose Pfeiffersches Drüsenfieber
- Sonstige: _____



Treibst Du Sport? Wenn ja, wie oft?

- täglich 3-5x/Woche
 1-2x Woche mehrmals im Monat nie

Wenn ja, welche Art von Sport? _____

Ich konsumiere folgende Genussmittel

- Kaffee / Tag _____ Tee/Tag _____
 Alkohol / Tag _____ Nikotin/Tag _____

Was ist für Dich besonders wichtig? Bewerte von 1 (sehr wichtig) bis 6 (gar nicht wichtig):

- | | | | |
|---------------------------------|-------|---------------|-------|
| Sport / Fitness / Beweglichkeit | _____ | Familie | _____ |
| Soziale Kontakte / Freunde | _____ | Arbeit | _____ |
| Geld / Finanzen | _____ | Spiritualität | _____ |
| Interkulturelles / Kultur | _____ | | |

Bei welchen der folgenden Punkte siehst Du aktuell den größten Handlungsbedarf? Wo benötigst du Unterstützung?

- Änderung meiner Büroergonomie
 Verbesserung meiner Ernährungsgewohnheiten
 Hilfestellung bei Übungen für den Alltag: Rückenschule und Gleichgewicht
 beim Umgang mit Stress: Atmung, Meditation

Ich bestätige gemäß meiner Mitwirkungspflichten, dass ich die Gesundheitsfragen im Anamnesebogen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Relevante gesundheitliche Änderungen im Laufe des Behandlungszeitraums werde ich umgehend unaufgefordert mitzuteilen.

Ort/Datum: Unterschrift Patient/-in:



2. Behandlungsvertrag und Allgemeine Geschäftsbedingungen der Felix' Chiropraxis

§ 1 Anwendungsbereich der AGB

- Die AGB regeln die Geschäftsbeziehungen zwischen Chiropraktiker und Patient/-in als Behandlungsvertrag im Sinne der §§ 611ff BGB.

§ 2 Inhalt und Zweck des Behandlungsvertrages

- Der Chiropraktiker und Heilpraktiker Felix Friedrich setzt seine Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung der Heilkunde ein, um seine Patienten/-innen ausführlich aufzuklären, eine Diagnose zu stellen und eine entsprechende Therapie einzuleiten.
- Sollten Patienten/-innen bereits von Ärztinnen und Ärzten vorgeschlagene Operationen und/oder Behandlungen aufgrund der chiropraktischen Behandlung ablehnen oder verschieben, so erfolgt dies ausschließlich in deren alleiniger Eigenverantwortung.

§ 3 Formvorschrift

- Sämtliche Erklärungen und Anzeigen, die nach Vertragsschluss durch den Patienten abzugeben sind (z.B. Fristsetzungen, Mängelanzeigen, Erklärung von Rücktritt oder Minderung), bedürfen für ihre Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch, wenn auf die Schriftform verzichtet wird.

§ 4 Gebühren

- Die Behandlung wird gemäß Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in Rechnung gestellt. Eine chiropraktische Behandlung wird von den gesetzlichen Krankenkassen in der Regel nicht übernommen, während privat Versicherte bis zu 100% der Kosten erstattet bekommen (je nach Tarif). Es ist Sache des Patienten, sich bereits vor der Behandlung bei den Kostenträgern zu informieren, ob und in welcher Höhe eine Erstattung erfolgen kann. Der Patient sieht sich bei Terminvereinbarung in der Lage, die anfallenden Kosten für das Praxishonorar selbst zu bezahlen.
- Das Honorar liegt bei 140 EUR für die Erstbehandlung sowie 80 EUR für jede Folgebehandlung und ist grundsätzlich vom Patienten bzw. von der Patientin direkt nach jeder Behandlung zu bezahlen. Für die dafür entstehenden Kosten erstellt der Heilpraktiker eine Rechnung. Diese kann in bar oder EC-Karte bzw. Kreditkarte bezahlt werden. Sämtliche Preise sind Endpreise und verstehen sich inklusive der gesetzlichen Umsatzsteuer in Euro, soweit diese anfällt.

§ 5 Termine

- Termine werden über das Portal Doctolib gebucht und gehandhabt. Doctolib schickt entsprechende Terminerinnerungen vor der Behandlung via E-Mail bzw. Sms, wenn der Patient bzw. die Patientin diesem zugestimmt hat. Dieser Zustimmung kann jederzeit widersprochen werden.
- Patienten/-innen tragen Sorge, Termine bis zu 24 Stunden vor dem Behandlungstermin rechtzeitig abzusagen. In allen anderen Fällen sind wir gemäß § 202 BGB berechtigt, die Ausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

§ 6 Honorarerstattung durch Dritte

- Der Vergütungsanspruch ist unabhängig von der Erstattung durch Dritte. Soweit der Patient Anspruch auf Erstattung oder Teilerstattung des Honorars durch Dritte hat oder zu haben glaubt, wird § 5 Abs. 2 hiervon nicht berührt.
- Der Chiropraktiker führt keine Direktabrechnung durch und kann auch das Honorar oder Honoraranteile in Erwartung einer möglichen Erstattung nicht stunden.
- Nachträgliche Rechnungsänderungen aufgrund von Anpassungen an die Erstattung oder Teilerstattung sind leider nicht möglich.
- Die üblichen Erstattungssätze gelten nicht als vereinbartes Honorar im Sinne von § 5 Abs 2. Der Umfang der Leistungen beschränkt sich nicht auf nur erstattungsfähige Leistungen.
- Der Chiropraktiker wird dem Dritten in Erstattungsfragen keine direkten Auskünfte zukommen lassen, sondern lediglich den Patienten/-innen persönlich.

§ 7 Vertraulichkeit der Behandlung (Schweigepflicht)

- Der Chiropraktiker behandelt alles, was ihm in Ausübung seines Berufes über seine Patienten/-innen bekannt wird, streng vertraulich.



- Ausnahmen von der zivilrechtlichen Schweigepflicht können sich aus einer gesetzlich angeordneten Offenbarungspflicht ergeben, beispielsweise aus dem Infektionsschutzgesetz oder bei der Verteidigung in Haftpflichtfällen oder in Fällen eines rechtfertigenden Notstandes. Dasselbe gilt für allfällige persönlichen Angriffe gegen den Chiropraktiker oder seine Berufsausübung. In diesen Fällen ist er jedenfalls berechtigt, sich mit der Verwendung relevanter Daten/Unterlagen oder Tatsachen zu entlasten.

§ 8 Rechnungsstellung

- Nach Abschluss jeder Behandlungsphase erhält der Kunde auf Verlangen eine diagnosespezifische Rechnung.

Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Felix' Chiropraxis gelesen und bin damit einverstanden.

Ort/Datum: Unterschrift Patient/-in:

Hinweise Datenschutz

Die Datenschutzerklärung unter felixpraxis.de/datenschutz (siehe auch Aushang in der Praxis sowie QR-Code unten stehend) habe ich gelesen und verstanden.



Ort/Datum: Unterschrift Patient/-in:

3. Patientenaufklärung und Einwilligung

Die Patientin/der Patient versichert ausdrücklich, zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns keine der nachstehenden Erkrankungen aufzuweisen:

- Erkrankungen, Durchblutungsstörungen und/oder Verletzung der Gefäße im Bereich der Halswirbelsäule
- Akute Entzündungen in Gelenkstrukturen
- Akute Knochenbrüche
- Starke Formen der Osteoporose
- Maligne Tumorerkrankungen
- Sollten während der Behandlungsphase Änderungen des Gesundheitszustandes erfolgen, die auf die chiropraktische Behandlung Auswirkungen haben könnten, werde ich den Chiropraktiker umgehend davon informieren.

Patientenaufklärung

- Bei jeder Art von Behandlung gibt es Risiken, über die die Patienten informiert sein müssen.
- Dieser Patientenaufklärung erklärt typischen Risiken der Chiropraktik zur individuellen Einwilligung durch den Patient bzw. die Patientin. Der Chiropraktiker hat Dich eingehend untersucht und Hinderungsgründe für eine chiropraktische Behandlung (Kontraindikationen) bereits ausgeschlossen.
- Die Chiropraktik ist eine risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Erkrankungen biomechanischen Ursprungs, wird sie von einem qualifizierten Chiropraktiker ausgeübt. Bei korrekter chiropraktischer Behandlung von Gelenken an Armen und Beinen sind keine Risiken bekannt.
- Die chiropraktische Behandlung der Lenden- und Brustwirbelsäule ist sehr risikoarm: In 1:100.000 Fällen könnte eine Nervenschädigung auftreten. Laut Studien ist Risiko einer Verletzung/Schädigung der Arteria vertebralis, der Halswirbelsäulenschlagader, durch eine chiropraktische Manipulation der Halswirbelsäule (HWS) noch geringer: In 0,64 von 1.000.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen. Dabei zu beachten, dass bei Patienten/-innen mit vorgeschädigten Blutgefäßen (Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht, Diabetes, Unfälle etc.) ein normales Alltagsverhalten, wie der Schulterblick beim Autofahren, ebenfalls zu einer solchen Komplikation führen könnte.



- Die Symptome sind dabei Gefühlsstörungen in den Armen oder Beinen oder in noch weit geringeren Fällen Lähmungen. Dies kann aber auch bei Bewegungen im täglichen Leben (Bücken, Heben und sogar Husten oder Niesen) vorkommen. Halten diese Symptome länger an, kann eine Bandscheibenoperation nötig werden.
- Ebenso kennt die Wissenschaft keine eindeutig erwiesenen Verletzungen von gesunden Blutgefäßen bei einer kunstgerechten chiropraktischen Manipulation an der Halswirbelsäule (manualmedizinische Therapie). Sind die Gefäße (etwa die Arterie der Halswirbelsäule) allerdings vorgeschädigt, kann es zu Verletzungen der Halswirbelschlagader kommen. Diese Verletzungen sind ebenfalls sehr selten (weniger als 0,1 ‰).
- Dabei könnte es auch zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes oder zu einem Lösen von Blutgerinnseln kommen, die dann Gehirnabschnitte im Sinne eines Schlaganfalls schädigen können. Diese Komplikation erfordert sofortige Behandlung im Krankenhaus, da sie lebensbedrohlich sein kann.
- Der Chiropraktiker wird die Chiropraktik nur ausführen, wenn er bei Ihnen keine Gefahr aus den vorgenannten Risiken erkennen kann. Für den Behandlungserfolg kann er natürlich leider keine Garantie übernehmen.
- In den ersten 48 Stunden nach der Behandlung können in seltenen Fällen muskelkaterähnliche Schmerzen auftreten. Diese verschwinden meist zügig, wenn die betroffene Stelle gekühlt wird. Darüber hinaus kann es kurzzeitig zu Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein leichtes Gefühl der Instabilität kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit einstellen. Für weitere Informationen diesbezüglich wende dich bitte an den behandelnden Chiropraktiker - auch, solltest du nach der Behandlung ob der Nachwirkungen unsicher sein.
- Besprochen wurde mit dem Patienten/der Patientin folgendes:

Ich fühle mich über die Risiken chiropraktischer Verfahrenstechniken ausreichend informiert. Ich habe diesen Text gelesen und verstanden. Zudem habe ich in einem Aufklärungsgespräch Fragen zum Text mit Felix Friedrich klären können. Ich willige nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Ort/Datum: Unterschrift Patient/-in:

Ort/Datum: Unterschrift Chiropraktiker:

