

Liebe Patientin, lieber Patient,  
bitte fülle den Bogen sorgfältig aus und bringe ihn zur ersten Sitzung mit. Alternativ kannst du ihn vorab im Patientenportal von Doctolib hochladen oder per E-Mail an [info@felixpraxis.de](mailto:info@felixpraxis.de) senden. Auf Basis der Informationen erhalte ich einen ersten Eindruck über deinen Gesundheitszustand. Sende auch gerne vorherige Befunde, die für die Beschwerden von Relevanz sein könnten. Auf Seite 4 findest du zudem die Datenschutzinformationen gemäß DSGVO, ab Seite 5 folgen die AGB sowie auf Seite 7 die notwendige 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  Lokale 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

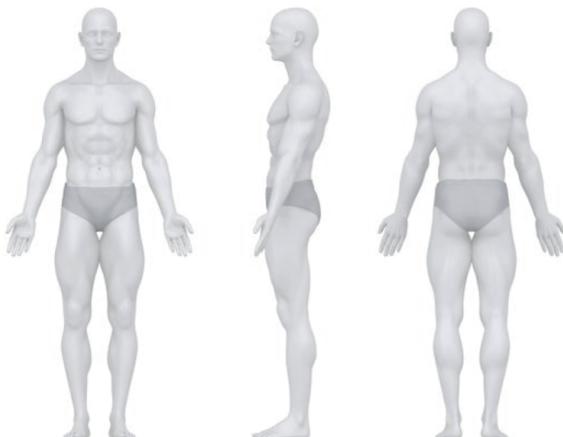
an Hüften, Knien und/oder Sprunggelenken

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, Mediation

## Datenschutzinformation gemäß DSGVO

Im Rahmen unserer Behandlung erheben, verarbeiten und speichern wir personenbezogene Daten unserer Patienten. Diese Daten umfassen unter anderem deine Kontaktdaten, Gesundheitsinformationen und Behandlungshistorie. Die Verarbeitung und Speicherung erfolgt gemäß den Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den berufsrechtlichen Vorschriften für Heilpraktiker und Chiropraktiker.

### Art und Zweck der Datenverarbeitung

Deine personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie zur Abrechnung unserer Leistungen verarbeitet. Zudem können deine Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen, wie der Aufbewahrungspflichten nach § 630f BGB, verwendet werden.

### Dauer der Speicherung

Deine personenbezogenen Daten werden für die Dauer von mindestens 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung gespeichert, entsprechend den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gemäß § 630f Abs. 3 BGB für Heilpraktiker und Chiropraktiker. Nach Ablauf dieser Frist werden deine Daten gelöscht, sofern keine anderen gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

### Ort der Datenspeicherung

Deine Daten werden sowohl in unserer Praxis als auch auf den Servern von Doctolib und Lemniscus gespeichert, die den europäischen Datenschutzstandards entsprechen. Doctolib wird als Tool zur Terminbuchung genutzt und verarbeitet in diesem Rahmen deine personenbezogenen Daten. Lemniscus ist ein externes System zur Verwaltung und Rechnungsstellung, das strenge Sicherheits- und Datenschutzmaßnahmen anwendet, um die Vertraulichkeit deiner Daten zu gewährleisten.



## Deine Rechte

Du hast das Recht, jederzeit Auskunft über die von uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Darüber hinaus kannst du die Berichtigung, Einschränkung oder Löschung deiner Daten verlangen, sofern keine gesetzlichen Verpflichtungen zur Aufbewahrung bestehen. Du hast auch das Recht, der Verarbeitung deiner Daten zu widersprechen.

## Hinweis zur automatischen Anmeldung für unseren Newsletter

Als neuer Patient / neue Patientin unserer Praxis wirst du automatisch für unseren Newsletter angemeldet, der dich über Neuigkeiten, Angebote und praxisrelevante Informationen informiert. Für den Versand nutzen wir das E-Mail-Tool Brevo, das deine E-Mail-Adresse sicher speichert und verarbeitet.

## Opt-Out-Möglichkeit Newsletter

Falls du unseren Newsletter nicht erhalten möchtest, kannst du dich jederzeit über den Abmeldelink in den E-Mails abmelden oder uns direkt darüber informieren. Für weitere Informationen zum Datenschutz oder bei Fragen zu deinen Rechten kannst du dich jederzeit an uns wenden.

## Rechnungstool Lemniscus

Deine Daten werden zur Verwaltung Deiner Behandlungen und zur Erstellung von Rechnungen im System Lemniscus verarbeitet. Dies erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO. Weitere Informationen finden Du in unserer Datenschutzerklärung.

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.

Die Datenschutzinformationen nach DSGVO habe ich darüber hinaus gelesen, verstanden und akzeptiert.

Ort/Datum: ..... Unterschrift Patient/-in: .....

# 2. Behandlungsvertrag und Allgemeine Geschäftsbedingungen von Felix Chiropraxis

## § 1 Anwendungsbereich der AGB

- Die ABG 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 chiro-



praktische 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](https://felixpraxis.de/datenschutz) (siehe auch Aushang in der Praxis sowie QR-Code hier) 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.
- 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: .....

