

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 senden. Auf Basis der Informationen erhalten wir 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 Risikoaufklärung und Einwilligungserklärung zur 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 unsere Praxis aufmerksam?

☐ Empfehlung durch: _____ ☐ Lokale Werbung ☐ Google ☐ KI ☐ Doctolib ☐ Social Media

Wie sieht Dein Arbeitsalltag aus?

☐ stehe viel ☐ sitze viel ☐ körperliche Arbeit. ☐ gemischt

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 _____ Monaten _____ Jahren

Meine Beschwerden sind chronisch seit: _____ Tagen _____ Monaten _____ Jahren

Meine Beschwerden sind schon ☐ einmal oder ☐ mehrfach 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

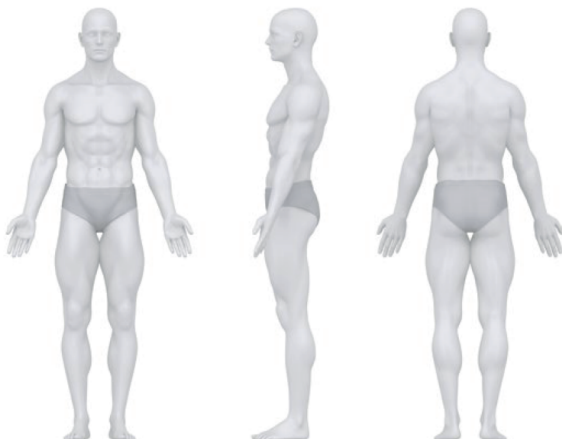
Es gab in meinem Leben folgende Ereignisse:

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| ☐ Unfall | Wann? _____ |
| ☐ Operation | Wann? _____ |

Ich habe folgende Beschwerden:

- ☐ Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung: ☐ links | ☐ rechts
- ☐ Ich trage Einlagen: ☐ links _____mm | ☐ rechts: _____mm
- ☐ Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)
- ☐ an Schultern, Armen und/oder Händen
- ☐ an Hüften, Knien und/oder Sprunggelenken

Bitte markiere Deine schmerzhafteste 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 der Schwangerschaft bzw. Geburt? _____

Meine medizinische Vorgeschichte:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Allergien | ☐ Asthma | ☐ Arthrosen |
| ☐ Bandscheibenvorfall LWS | ☐ Bandscheibenvorfall BWS | ☐ Bandscheibenvorfall HWS |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Blutungsneigung | ☐ Bindegewebskrankheit |
| ☐ Depression | ☐ Diabetes Mellitus | ☐ Epilepsie |
| ☐ Gallensteine | ☐ Gefäßerkrankung / Thrombose | ☐ Gelenkprothesen |
| ☐ Gewichtsverlust | ☐ Gleichgewichtsstörung | ☐ Gicht |
| ☐ Hepatitis | ☐ Herzinfarkt | ☐ Karpaltunnelsyndrom (CTS) |
| ☐ Knochenbrüche | ☐ Kopfschmerzen | ☐ Krebserkrankungen |
| ☐ Lähmungserscheinungen | ☐ Migräne | ☐ Morbus Bechterew |
| ☐ Multiple Sklerose | ☐ Nachtschweiß | ☐ Nebenhöhlenprobleme |
| ☐ Neurodermitis | ☐ Nierenbeschwerden | ☐ Nierensteine |
| ☐ Ohnmachtsanfälle | ☐ Osteoporose | ☐ Parkinson |
| ☐ Polio | ☐ Rheuma / Arthritis | ☐ Rheumatisches Fieber |
| ☐ Schilddrüsenunterfunktion | ☐ Schilddrüsenüberfunktion | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Schleudertrauma | ☐ Schuppenflechte | ☐ Schwindel |
| ☐ Sodbrennen | ☐ Spinalkanalstenose | ☐ Taubheit |
| ☐ Thromboseneigung | ☐ Tinnitus | ☐ Tuberkulose |
| ☐ Zittern | ☐ Sonstiges (bitte ergänzen): _____ | |

Welche Infektionskrankheiten hast Du durchgemacht?

- ☐ Gürtelrose ☐ Masern
☐ Borreliose ☐ Pfeiffersches Drüsenfieber
☐ Sonstige (bitte ergänzen): _____



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, Faszien, Gleichgewicht
☐ beim Umgang mit Stress: Atmung, Meditation

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 sowie die Behandlungsdokumentation werden für die Dauer von mindestens 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung gespeichert. Dies entspricht der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht für Patientenakten gemäß § 630f Abs. 3 BGB. Nach Ablauf dieser Frist werden deine Daten gelöscht oder datenschutzkonform anonymisiert, sofern keine anderen gesetzlichen oder vertraglichen Aufbewahrungsfristen (z. B. steuerrechtliche Vorgaben nach der Abgabenordnung für Abrechnungsunterlagen) einer Löschung 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. Beide Anbieter sind gemäß Art. 28 DSGVO als Auftragsverarbeiter vertraglich gebunden. 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.

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 findest Du in unserer Datenschutzerklärung.

☐ **Medizinische Angaben:** 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 mitteilen.

☐ **Hinweise Datenschutz:** Die Datenschutzinformationen nach DSGVO, insbesondere zu den Verarbeitungszwecken und der 10-jährigen Speicherfrist gemäß § 630f Abs. 3 BGB, sowie die ausführliche Datenschutzerklärung unter felixpraxis.de/datenschutz habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert.

Ort/Datum: Unterschrift Patient/-in:

2. Behandlungsvertrag und Allgemeine Geschäftsbedingungen von 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. Die genauen Leistungen werden transparent in der Rechnung ausgewiesen. Diese kann in bar oder EC-Karte bzw. Kreditkarte bezahlt werden. Heilkundliche Behandlungen sind nach § 4 Nr. 14 UStG von der Umsatzsteuer befreit.



§ 5 Termine

- Termine werden über das Portal Doctolib gebucht und gehandhabt. Doctolib schickt entsprechende Termin-erinnerungen 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 oder bei Nichterscheinen sind wir gemäß § 615 BGB berechtigt, ein Ausfallhonorar in Höhe der entgangenen Behandlungsgebühr in Rechnung zu stellen, es sei denn, der Termin konnte kurzfristig anderweitig vergeben werden.

§ 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 Änderungen der Rechnung zur Anpassung an individuelle Erstattungsmodalitäten von Versicherungen können nicht vorgenommen werden
- 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 dem/der Patienten/-in 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:



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. Bei chiropraktischen Manipulationen an der Wirbelsäule kann es in extrem seltenen Fällen zu einer Reizung oder Schädigung von Nerven oder Bandscheiben kommen.
- Die Symptome einer solchen Komplikation sind dabei Gefühlsstörungen in den Armen oder Beinen oder in noch weit geringeren Fällen Lähmungen. Zur Einordnung: Dies kann aber auch bei ganz normalen 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.
- Individuelle Hinweise oder Rückfragen zur Behandlung / Aufklärung (*optional*):

☐ Ich wurde mündlich und schriftlich über die Behandlung, deren Risiken – insbesondere das seltene Risiko einer Gefäßverletzung mit möglichem Schlaganfall – sowie über Alternativen und mögliche Folgen bei Ablehnung aufgeklärt.

☐ Ich erkläre mich nach umfassender Aufklärung gemäß § 630e BGB und ausreichender Bedenkzeit freiwillig mit der vorgeschlagenen Behandlung einverstanden.

Ort/Datum: Unterschrift Patient/-in:

Ort/Datum: Unterschrift Chiropraktiker:

