

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich amerikanische Techniken, die dafür bekannt sind, besonders sanft zu sein. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch eine Minute dafür Zeit.

1. URTEIL DES OBERLANDESGERICHTS DÜSSELDORF (VOM 08.07.1993, ZEICHEN 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, den Patienten über das Risiko aufzuklären, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu Kopfschmerzen kommen kann.“

2. URTEIL DES OBERLANDESGERICHTS STUTTGART (VOM 20.02.1997, ZEICHEN 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (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 Heilbeandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Grundsätzlich ist jede Behandlung mit einem Risiko behaftet, egal in welcher medizinischen Fachdisziplin.

Einverständniserklärung

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.

Im Falle eines minderjährigen Patienten:

Hiermit bestätige ich als erziehungsberichtigte Person „mit Ausweiskopie“, dass mein Kind chirotherapeutisch behandelt werden darf.

Name der minderjährigen Person:

Terminvereinbarung

1. Die Termine erfolgen nach Vereinbarung der Parteien und sind verbindlich.
2. Ist der Patient verhindert und kann zum vereinbarten Termin nicht erscheinen, so hat er drei Werktagen vor der vereinbarten Zeit den Termin abzusagen.
3. Kommt er dieser Pflicht nicht nach, wird ein Betrag von 100 € netto berechnet.
4. Erscheint der Patient zum vereinbarten Termin verspätet, so verkürzt sich die Behandlungsdauer um die Zeit der Verspätung.

Honorar und Fälligkeit

1. Die Erstbehandlung kostet 150 €. Dauer 60 Min.
2. Die Folgebehandlung erfolgt ca. 7-14 Tage nach Erstbehandlung und kostet ebenfalls 150 €. Dauer 60 Min.
3. Wir berechnen einen Zuschlag von 25 € bei Terminen mit akuter Dringlichkeit (Terminwunsch am Anfragetag) bzw. 50 € bei Terminen außerhalb der Praxiszeiten.
4. Aufwendung für kinesiologische Tapes trägt der Kunde selbst, diese Kosten liegen je nach Aufwand zwischen 10 € und 20 € .
- 5. Das Honorar ist sofort nach jeder Behandlung in bar oder mit EC-Karte zu zahlen. Bei Zahlung mit Kreditkarte wird eine Gebühr von 5 € berechnet.**

Versicherungsschutz

Der Chiropraktor versichert das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung.

Gerichtsstand

Der Gerichtsstand ist Seligenstadt.

Hiermit bestätigt der Patient (m/w), dass die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen und akzeptiert wurden; ferner bestätigt der Patient (m/w) die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Name & Unterschrift

Datum

Persönliche Angaben des zu Behandelnden

Zu behandelnde Person:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Name des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen:

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift der zu behandelnden Person:

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Ihre (Kranken-) Geschichte:

Ihr Gewicht: _____ kg

Ihre Körpergröße: _____ cm

Ihre eigene Geburt:

Normale Geburt

Kaiserschnitt

Geburt mit Hilfsmitteln

Komplikationen _____

Beruf:

Ich sitze viel Ich arbeite körperlich Ich stehe viel

Sport:

keinen gelegentlich regelmäßig viel Welchen? _____

früher Leistungssport Welchen? _____

Sind Sie aktuell in Behandlung?

Nein

Ja, bei Arzt Physiotherapeut Heilpraktiker Osteopath

wegen: _____

Hausarzt (Name und Praxisort): _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Empfehlung durch: _____ Internet anderweitig: _____



Ich habe Beschwerden im Bereich:

	leicht	mittel	stark	seit	Wochen	Monate	Jahren
<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> andere Gelenke							

Meine Beschwerden sind: Schmerzen Bewegungseinschränkung
 Taubheitsgefühl Schwäche

Gibt es eine Ursache? Autounfall weiß nicht
 Sturz andere _____

Waren Sie damit schon in Behandlung?

Nein Ja, bei Arzt Heilpraktiker Osteopath Chiropraktiker

Diagnose/n: _____

Therapie: _____ (seit) wann: _____

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?

nein
 ja, zuletzt am _____

Ich habe Beschwerden oder leide an:

	leicht	mittel	stark		leicht	mittel	stark
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verspannung im Nacken-/Schulterbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unterkieferbeschwerden z.B. Knacken, Bissstellung falsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einschlafen/Taubheit/Prickeln von Händen oder Fingern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche z.B. Rauschen/Pfeifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung am Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Finger/Handgelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehen von Schlieren/Punkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ellenbogenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schultergelenkprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stechen im Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Skoliose ist mir bekannt (S-Form der Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ziehen/Stechen in Po/Hüfte/ Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Häufiges Umknicken mit dem Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kniebeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ich habe ungleich lange Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sprunggelenks-/Fußschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ich habe eine Absatzerhöhung oder Fußkeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich habe / hatte Einlagen							

Bestehen bei Ihnen die folgenden Beschwerden/Problembereiche? (Mehrfachnennungen möglich)

Wenn ja, wie wichtig ist es für Sie, dass diese Problembereiche bei der Behandlung berücksichtigt werden?

Beschwerden/Problembereiche	Wie häufig?			Wichtig für die Behandlung?	
	Nie	manchmal	oft	Ja	Nein
1. Depressivität / Trauer / Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erschöpfung / Müdigkeit / Ausgebranntsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Übernervosität / Anspannung / Stress-Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ängste / Panikattacken / Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zwanghaftes Grübeln, zwanghaftes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wiederkehrende Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Albträume / plötzlich aufdrängende Erinnerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schmerzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____	_____
9. Verdauungsprobleme: Durchfall, Übelkeit etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Andere körperliche Symptome: Schwindel, Herzstolpern etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ausgeprägtes Über- bzw. Untergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Essanfälle mit/ohne Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Heftige Gefühlsschwankungen, Impulsivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Suizidgedanken / Suizidimpulse / Suizidversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Probleme mit Alkohol / Drogen / Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sexuelle Probleme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____	_____
18. Schwierigkeiten in der Partnerschaft / Ehe / Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Schwierigkeiten im Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Andere Beschwerden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____	_____

Gab es bei Ihnen Kinderkrankheiten mit Komplikationen?

Nein Ja, und zwar: _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja, und zwar: _____

Hatten Sie Unfälle? Nein Ja, und zwar: _____

Hatten Sie Frakturen/Knochenbrüche? Wo und wann?

Sind Operationen durchgeführt worden? Was/Wann wurde operiert?

Röntgen/CT/MRT Was/Wann wurde aufgenommen?
(Bitte Bilder/CD zum Termin mitbringen)

Bekannte Vorerkrankungen?

z.B. Krebs / Bandscheibenvorfall / Osteoporose / rheumatische Polyarthritis oder ähnliches / Bluthochdruck

Nehmen Sie Medikamente? Nein

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzmedikamente | <input type="checkbox"/> entzündungshemmende Medikamente | <input type="checkbox"/> Lipid-Senker (Statine) |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Herz-/Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> blutverdünнende Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente | <input type="checkbox"/> Kortison | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Name & Unterschrift

Ort

Datum