Chiropraxis
WEIMER
Kastorpstraße 17 · 23560 Lübeck / St. Jürgen
Flintenbreite 6 · 23554 Lübeck / St. Lorenz Nord
Telefon 0451 / 70 73 123 · Termine nach telefonischer Absprache

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich freue mich Sie in meiner Praxis für amerikanische Chiropraktik begrüßen zu dürfen.

Mein therapeutischer Fokus richtet sich auf Ihre persönliche Gesundheit. Ich betrachte Sie in Ihrer Gesamtheit als Mensch, mit Ihren individuellen Gewohnheiten und Lebensweisen. Dadurch vermeide ich eine rein symptomatische Behandlung und kann den Ursachen Ihrer Beschwerden auf den Grund gehen. Mit Hilfe dieses Anamnesebogens erhebe ich im Vorfeld bereits relevante Daten, die mir einen ersten Eindruck über Ihre persönliche Situation geben und mir helfen, Ihr gesundheitliches Potential besser abschätzen zu können.

Eine aufgeklärte und verantwortungsbewusste Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient führt Sie leichter zu Ihrem Ziel.

Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Gewissen aus, da es ein wichtiger Schritt ist, Ihnen helfen zu können.

Sollten Sie Fragen oder Unsicherheiten haben, sprechen Sie mich einfach an.

Ihr Timo Weimer

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname:_____ Name:_____ geboren:_____/_____/_____

bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten/ des Versicherten:

Vorname:_____ Name:_____ geboren:____/_____/_____

Straße/ Nr.:_____ PLZ/ Ort:_____

Telefon privat:_____ Telefon geschäftlich:_____

Mobiltelefon:_____ email:_____

KRANKENVERSICHERUNG

☐ Selbstzahler

☐ Privatversicherung bei:_____

☐ Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei:_____

ALLGEMEINE ANGABEN

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Anzahl und Alter der Kinder:_____

Beruf:_____

Art der Tätigkeit: ☐ vorwiegend sitzend ☐ vorwiegend stehend ☐ vorwiegend körperlich

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? ☐ Empfehlung ☐ Internet ☐ Werbung

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, zuletzt am ___/___/_____ bei_____

KINDHEIT UND JUGEND

Geburt: ☐ normale Geburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Geburt mit Hilfsmittel (z.B. Zange, Saugglocke)

Treten in Ihrer Familie bestimmte Krankheiten gehäuft auf? ☐ Nein ☐ Ja, welche?_____

_____

Gab es nennenswerte Krankheiten in Ihrer Kindheit? ☐ Nein ☐ Ja, welche?_____

_____

Gab es Operationen in Ihrer Kindheit? ☐ Nein ☐ Ja, wann/ welche?_____

_____

Gab es Unfälle/ Stürze in Ihrer Kindheit? ☐ Nein ☐ Ja, wann/ welche?_____

_____

Mussten Sie als Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? ☐ Nein ☐ Ja, wann/ welche?_____

_____

Haben Sie eine Zahnspange getragen? ☐ Nein ☐ Ja

Waren Sie ein sportlich aktives Kind? ☐ Nein ☐ Ja

ERWACHSENENALTER

Hatten Sie nennenswerte Krankheiten in den letzten 5 Jahren? ☐ Nein ☐ Ja, wann/ welche?_____

_____

Leiden Sie an chronischen Krankheiten? ☐ Nein ☐ Ja, welche, seit wann?_____

_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja, welche?_____

_____

Gab es Unfälle oder Stürze? ☐ Nein ☐ Ja, wann/ welche?_____

_____

Gab es Knochenbrüche? ☐ Nein ☐ Ja, wann/ welche?_____

_____

Gab es Operationen? ☐ Nein ☐ Ja, wann/ welche?_____

_____

Haben Sie ein oder mehrere künstliche Gelenke? ☐ Nein ☐ Ja, welche?_____

_____

Gab es Krebserkrankungen? ☐ Nein ☐ Ja, wann/ welche?_____

_____

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? ☐ Nein ☐ Ja, welche?_____

_____

Haben Sie eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV)? ☐ Nein ☐ Ja, welche?_____

_____

Tragen Sie Schuheinlagen? ☐ Nein ☐ Ja, links ☐ Ja, rechts

Tragen Sie eine Absatzerhöhung? ☐ Nein ☐ Ja

Tragen Sie eine Zahnbissschiene oder Zahnspange? ☐ Nein ☐ Ja

Sonstiges _____

_____

IHR AKTUELLER GESUNDHEITSZUSTAND

☐ Sie haben keine Beschwerden und kommen aus prophylaktischen Gründen.

Sie haben Beschwerden im Bereich ☐ Lendenwirbelsäule ☐ Brustwirbelsäule ☐ Halswirbelsäule

☐ Gelenke ☐ Sonstiges_____

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? ☐ Tagen ☐ Wochen ☐ Monaten ☐ Jahren ☐ immer wieder

Gab es eine Ursache? _____

Was verbessert Ihre Beschwerden? _____

Was verschlimmert Ihre Beschwerden? _____

Nehmen Sie aufgrund der Beschwerden Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja, welche?_____

_____

Waren oder sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

Bei wem sind/ waren Sie aufgrund Ihrer Beschwerden in Behandlung? _____

_____

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, …)? ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

_____

Sind Sie schwanger? ☐ Nein ☐ Ja, _____ Woche

HIER FINDEN SIE SICH WIEDER

☐ Knochenprobleme	☐ Gelenkprobleme	☐ Schulterschmerzen	☐ Hüftschmerzen
☐ Knieschmerzen	☐ Rückenschmerzen	☐ Muskelprobleme	☐ Schleudertrauma
☐ Verspannungen	☐ Rheuma/ Steifheit	☐ Kopfschmerzen	☐ Migräne
☐ Schwindel	☐ Ohnmacht	☐ Vergesslichkeit	☐ Augenzucken
☐ Doppelbilder sehen	☐ unscharfes Sehen	☐ Sehstörungen	☐ Lichtempfindlichkeit
☐ Ängste	☐ Gemütsleiden	☐ innere Unruhe	☐ Stimmungsschwankungen
☐ Schlaflosigkeit	☐ Ohrgeräusche	☐ Tinnitus	☐ Gleichgewichtsstörung
☐ Geruchsstörung	☐ Nasenbluten	☐ Zahnprobleme	☐ Kiefergelenksprobleme
☐ Aphten	☐ Asthma	☐ Kurzatmigkeit	☐ Nebenhöhlenprobleme
☐ Allergien	☐ starkes Schwitzen	☐ Osteoporose	☐ Geschmacksstörung
☐ Hautprobleme	☐ Krampfadern	☐ Ödeme	☐ Blutdruckprobleme
☐ Appetitverlust	☐ Gewichtsprobleme	☐ Sodbrennen	☐ Verdauungsprobleme
☐ Verstopfung	☐ Durchfall	☐ Fettunverträglichkeit	☐ Schilddrüsenprobleme
☐ Blasenleiden	☐ Regelbeschwerden	☐ Nagelprobleme	☐ Konzentrationsschwierigkeiten

IHR ALLTAG

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie beurteilen Sie Ihren Schlaf?
schlecht..…..ausgeglichen…..…gut……..sehr gut

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Fühlen Sie sich müde, träge, antriebslos?
Immer……oft……gelegentlich..…..selten….....nie

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Wie viele Gläser Wasser trinken Sie täglich?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie täglich?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Wie viele Portionen Obst essen Sie täglich?

0	1x		2x		3x		4x		5x

Wie viele Portionen Gemüse essen Sie täglich?

0	1x		2x		3x		4x		5x

Wie oft essen Sie Fleisch in der Woche?

5x		4x		3x		2x		1x	nie

Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie in der Woche?

18	16	14	12	10	8	6	4	2	0

Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

18	16	14	12	10	8	6	4	2	0

Wie oft treiben Sie Sport in der Woche?
Sportart:_____

nie	1x		2x		3x		4x		5x

Wie viele Stunden sitzen Sie pro Tag?
(Arbeitsplatz, Auto, auf dem Sofa, …)

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Beurteilen Sie Ihren beruflichen Stresslevel!

sehr stressig…stressig..…gering..…ausgeglichen

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Beurteilen Sie Ihren privaten Stresslevel!

sehr stressig…stressig…..gering..…ausgeglichen

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?

schlecht…..…ausgeglichen……gut..……sehr gut

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Wie groß ist Ihre Motivation an Ihrem Leben aktiv etwas zu ändern?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

WICHTIG!

Liebe Patientin/ Lieber Patient,

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. 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 zwei Minuten 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, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes 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 komme 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 durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden."

Zum Thema Abrechnung und Terminvereinabrung:

Meine Praxis ist eine reine **Bestellpraxis**. Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Ich werde versuchen, Ihnen bei Ihren Terminwünschen entgegenzukommen.

Sollten Sie einmal einen vereinbarten **Termin nicht wahrnehmen können**, so sagen Sie diesen bitte **24 Stunden vorher** ab. Wird der Termin zu spät absagt und kann nicht neu vergeben werden, so bitte ich um Ihr Verständnis, dass ich Ihnen die Kosten für diesen Termin als **Praxisausfallkosten** nach BGB/§252 in Rechnung stellen kann.

Die **Abrechnung** entspricht einer **privaten Liquidation**. Vertragspartner ist der Patient, nicht seine Krankenkasse, Sie sind daher **unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner** mit mir. Für **Privatversicherte** richtet sich die **Liquidation** nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker** (GebüH). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Leider zahlen gesetzliche Krankenkassen grundsätzlich keine Heilpraktikerleistungen, daher müssen Sie die anfallenden Kosten selbst übernehmen. Die Kosten richten sich nach dem jeweiligen medizinischen Aufwand und orientieren sich an den Sätzen der GebüH.

Die Kosten sind sowohl für Selbstzahler als auch für Privatversicherte unverzüglich im Anschluss an die Behandlung bar zu entrichten.

Privatpatienten erhalten jeweils zum Monatsende eine detaillierte Auflistung der Behandlungskosten zwecks Einreichung bei ihrer Kasse.

Einverständniserklärung:

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden.

- Nach gründlicher Überlegung willige ich in die vorgeschlagene **chiropraktische Behandlung** bei mir/ meinem Kind an folgenden Wirbelsäulenabschnitten und Extremitäten ein:
- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule und Rippengelenken
- Lendenwirbelsäule
- Kreuz-Darmbeingelenken
- obere Extremität
- untere Extremität
- Mit notwendiger Änderung oder Erweiterung des Verfahrens, sowie mit erforderlichen Neben- und Folgegriffen bin ich einverstanden

Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Chiropraxis Weimer

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben.

Lübeck, den _____ Unterschrift: _____

DAGC
Deutsch-Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.