

Aufnahme- und Fragebogen für Patienten



Chiropraxis
Gerhard Linke

Chiropraxis Gerhard Linke
Heilpraktiker
Elverdissers Str. 43
33729 Bielefeld
Tel.: 0521-7707724
E-Mail: chiropraxis.linke@mailbox.org

Die Formalien zuerst...

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/ Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____ Tel. Nr.: _____

Empfohlen von: _____

Krankenversicherung: gesetzlich mit HP-Zusatzversicherung bei _____
 privat Beihilfe PostB

Ich möchte meine Rechnung: per Post per Email als verschlüsselte pdf-Datei

Beruf: _____ ich sitze viel ich stehe viel ich arbeite körperlich

Ich treibe Sport: gar nicht gelegentlich regelmäßig viel

Ich bin in ärztlicher Behandlung: nein ja, bei Facharzt Hausarzt Sonstigem

Name des Behandlers: _____

Sehr geehrte(r) Patient(in),
es ist wichtig, dass ich mir vor Beginn Ihrer Behandlung ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen kann. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen:

So geht es mir im Moment...

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

Ich habe Beschwerden im Bereich: Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule
 Becken Gelenke

Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren



Aufnahme- und Fragebogen für Patienten

Wie und wann treten die Beschwerden typischerweise auf ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> konstant | <input type="checkbox"/> morgens schlimmer | <input type="checkbox"/> im Laufe des Tages besser |
| <input type="checkbox"/> wiederkehrend | <input type="checkbox"/> abends schlimmer | <input type="checkbox"/> im Laufe des Tages schlechter |
| <input type="checkbox"/> langsam zunehmend | <input type="checkbox"/> Wärmen hilft | <input type="checkbox"/> besser bei Bewegung |
| <input type="checkbox"/> anfallsartig/plötzlich | <input type="checkbox"/> Kühlen hilft | <input type="checkbox"/> schlechter bei Bewegung |

Waren Sie damit schon in Behandlung? nein ja, bei _____

Gab es eine Ursache? Unfall Sturz weiß nicht andere _____

Wie äußern sich Ihre Beschwerden? Wie fühlt sich der Schmerz an?

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Ziehen | <input type="checkbox"/> Pulsieren | <input type="checkbox"/> Rötung |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Stechen | <input type="checkbox"/> Ameisenlaufen | <input type="checkbox"/> Schwellung |
| <input type="checkbox"/> Brennen | <input type="checkbox"/> Druckempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Kältegefühl | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Nehmen Sie Medikamente?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzmedikamente | <input type="checkbox"/> Entzündungshemmer | <input type="checkbox"/> Diabetes Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Blutverdünner | <input type="checkbox"/> andere _____ |

Tragen Sie Einlegesohlen: nein ja mit Hackenerhöhung (links rechts)

Ich trage eine Bisschiene? nein ja

Ich und meine (Kranken-) Geschichte...

Gab es Kinderkrankheiten mit Komplikationen? nein ja, welche? _____

Ich habe in den letzten 2 Jahren Impfen erhalten: nein ja, welche? _____

Gab oder gibt es nennenswerte Erkrankungen? nein ja, welche? _____

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann war das? _____

Gab es Operationen? Welche? Wann war das? _____

Gab es Bandscheibenvorfälle/-Protusionen? Wann? Wo? _____

Ich habe Allergien? nein ja, welche? _____

In meiner Familie treten häufiger Krankheiten auf? Welche? _____



Aufnahme- und Fragebogen für Patienten

Ich bin von einem oder mehreren dieser Punkte betroffen?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrkg. | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Blutdruckleiden |
| <input type="checkbox"/> kurze Bewusstlosigkeit (TIA / PRIND) | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Bindegewebsschwäche | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> Magen/Verdauung | <input type="checkbox"/> Empfindungsstörg | <input type="checkbox"/> Ohrengeräusche | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenksstörg. | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunter-/überfunkt. | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Panikattacken | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme |
| <input type="checkbox"/> Krebs: _____ | Andere: _____ | | |

Von folgenden Genussmitteln verzehre ich zu viel: _____

Meine Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ich habe ungewollt Gewicht verloren: nein ja

Ich trinke: _____ Liter pro Tag Ich rauche: __ Stk. Zigaretten pro Tag seit: _____

Ich schlafe gut geht so schlecht

Ich esse: regelmäßig unregelmäßig

Meine Ernährung ist: eher ausgewogen eher einseitig eher Fast Food

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet – Über mögliche Risiken beim Fehlen wichtiger Angaben bin ich informiert.

Und so sehe ich mich derzeit selbst...

	Sehr stark							schmerzfrei		
Wie stark beurteilen Sie Ihre Schmerzen ?	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	sehr stark							gar nicht		
Wie stark strahlen die Schmerzen aus ?	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	ausgeprägt							nicht vorhanden		
Als wie stark empfinden Sie Ihre Verspannungen ?	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	sehr stark							gar nicht		
Wie stark fühlen Sie sich in Ihrer Bewegung eingeschränkt ?	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	gestört							gut		
Meinen Schlaf empfinde ich als...	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	dauernd gestresst							ausgeglichen		
Ich fühle mich momentan ...	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
	eingeschränkt							sehr gut		
Ich fühle mich gesundheitlich ...	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1



Patientenaufklärung Chiropraktik

Erstellt nach den Qualitätsstandards der Deutsch-Amerikanischen Gesellschaft für Chiropraktik e.V.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben diese Praxis aufgesucht, um sich bzw. Ihr Kind chiropraktisch behandeln zu lassen. Vor der Behandlung werde ich mit Ihnen über die Notwendigkeit und Durchführung der geplanten Maßnahmen sowie über die Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Sie müssen die typischen Risiken und Folgen der chiropraktischen Behandlung sowie eventuelle Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in die Behandlung einwilligen können. Dieses Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren.

Welche Voruntersuchungen sind nötig?

Die vorausgehende, eingehenden Untersuchung dient der Befunderhebung und dem Ausschluss von Hinderungsgründen für eine chiropraktische Behandlung (Kontraindikationen). Dazu gehören auch die Fragen, die Sie im Patientenfragebogen beantworten.

Was ist Chiropraktik?

Chiropraktik ist eine eigenständige ganzheitliche und vitalistische Form der Gesundheitspflege, die darauf ausgerichtet ist, Gesundheit und Funktion des menschlichen Körpers wiederherzustellen und zu erhalten. Sie zielt auf die Korrektur von Subluxationen ab, die definiert sind als Verlust der Beweglichkeit bzw. Verschiebung eines Gelenks aus seiner natürlichen Position mit weitreichenden negativen Auswirkungen auf die Funktion sowohl des Nerven- und als auch des Bewegungssystems. Das Vorhandensein von Subluxationen und ihren Auswirkungen auf die gesunde Funktion des Körpers ist nicht abhängig von Schmerz. Subluxationen können ohne bewusste Schmerzen entstehen und bestehen. Beeinträchtigende Wirkungen können lange vorhanden sein, bevor Schmerz entsteht. Der Indikator für eine chiropraktische Behandlung ist nicht das Vorhandensein von Symptomen (bewusster Schmerz und/oder bewusste eingeschränkte Funktion), sondern ausschließlich das Vorhandensein von Subluxationen. Die Korrektur von Subluxationen kann auch zu deutlicher Steigerung von Leistungsfähigkeit und allgemeinen Gesundheitsparametern führen.

Welche chiropraktischen Behandlungen gibt es?

Die chiropraktische Justierung korrigiert die Subluxation durch Wiederherstellen der physiologischen Beweglichkeit und Position eines Gelenks. Sie sorgt für die Rückkehr zu gesunder neurologischer Funktion auf segmentaler und globaler Ebene. Die Justierung normalisiert Störungen der Signale zwischen Gelenk und Zentralnervensystem. Sie trägt somit entscheidend zur Stressreduktion und allgemeiner Hirngesundheit bei.

Subluxationen können an allen Abschnitten der Wirbelsäule und des Beckens und gegebenenfalls auch an den Extremitätengelenken auftreten und werden dort durch chiropraktische Justierungen korrigiert. Justierungen werden mit der Hand (manuell), mit speziellen chiropraktischen Instrumenten (Activator, Arthrostim) und/oder speziellen chiropraktischen Tischen (Drop Table) durchgeführt und sind ausschließlich Arzt*innen und Heilpraktiker*innen vorbehalten.

Neben der Justierung kommen möglicherweise auch Mobilisationen zur Anwendung. Dabei werden auch neuromuskuläre Techniken (z.B. verschiedene Formen der Muskeldehnung) und sogenannte Weichteiltechniken eingesetzt. Mobilisationsbehandlungen können auch von entsprechend ausgebildeten Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Gibt es andere Behandlungsmethoden?

Zur Behandlung von Störungen an der Wirbelsäule kommen auch andere Methoden in Frage. Diese sind aber entweder vor allem durch möglicherweise längere Behandlungszeiten (Krankengymnastik, physikalische Therapie, orthopädische Hilfsmittel), durch Nebenwirkungen (Medikamente) oder die Gefahr von z.B. Infektionen oder Nervenwurzelbeschädigungen (Injektionen in die Gelenke oder im Wirbelsäulenbereich) belastet. Deswegen empfehlen wir die Chiropraktik.

Die Chiropraktik kann auch mit anderen Behandlungsmethoden (z.B. Physiotherapie) sinnvoll kombiniert werden. Gegebenenfalls werde ich mit Ihnen darüber sprechen.

Können Komplikationen auftreten?

Mit einer kunstgerechten Justierung der Extremitätengelenke ist nahezu kein Risiko verbunden.



Patientenaufklärung Chiropraktik

Erstellt nach den Qualitätsstandards der Deutsch-Amerikanischen Gesellschaft für Chiropraktik e.V.

Eine chiropraktische Behandlung an der Wirbelsäule birgt gewisse Risiken in sich, deren Auftreten auch bei kunstgerechter Anwendung nicht gänzlich auszuschließen ist.

Nach dem heutigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es keinen Hinweis, dass eine korrekt durchgeführte chiropraktische Behandlung an der Wirbelsäule eine Bandscheibenschädigung hervorrufen kann.

Bei einer schon bestehenden Bandscheibenvorwölbung oder bei einem - auch möglicherweise bis dahin nicht bekannten - Bandscheibenvorfall kann es auch bei kunstgerechter Anwendung in extrem seltenen Ausnahmefällen zu einer **Verlagerung von Bandscheibengewebe** und in der Folge zu einer **spinalen Wurzelkompression** mit **Schmerzausstrahlung**, **Gefühlsstörung** oder (noch seltener) **Lähmungserscheinungen** im Bereich der Arme oder Beine bzw. der Blase oder des Mastdarms kommen.

Dieses kann aber in einem solchen Fall auch durch Alltagsbewegungen oder Alltagsursachen, wie z.B. eine schnelle Drehung, ungeschicktes Bücken, das Anheben eines Gegenstandes oder Niesen ausgelöst werden. Tritt ein solches Ereignis jedoch ein, können u. U. länger dauernde oder weitere Schmerzen, Funktionsstörungen und Lähmungserscheinungen, die eine stationäre Behandlung und ggf. eine Bandscheibenoperation erfordern, die Folge sein.

Nach dem heutigen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es auch keinen Hinweis, dass die sachgerechte Durchführung einer chiropraktischen Justierung an der Halswirbelsäule eine Dissektion (Verletzung) gesunder hirnversorgender Halsgefäße primär verursacht. Bei Patienten mit einer verminderten Belastbarkeit der Halsgefäße kann es aber unabhängig von einer Behandlung zu spontanen Einrissen und Schädigungen der Gefäßwand der Halswirbelsäulenschlagader kommen, ohne dass eine von außen kommende Verletzung des Gefäßes vorausgegangen ist. Diese sog. **Spontandissektionen** sind nicht immer erkennbar. Bei einer nicht erkennbaren Gefäßschädigung kann es aber in extrem seltenen Ausnahmefällen, wie auch durch andere schnelle Bewegungen, zum **Ablösen eines Blutgerinnsels** kommen, das entweder das Blutgefäß verlegen oder direkt zu einer Schädigung von Hirnabschnitten im Sinne eines **Schlaganfalls** führen kann. Dabei handelt es sich um eine gefährliche Komplikation, die lebensbedrohlich sein kann und eine sofortige Versorgung im Akutkrankenhaus erfordert. Über Ihre speziellen Risiken bzw. die Ihres Kindes und die damit verbundenen möglichen Komplikationen informiere ich Sie im Aufklärungsgespräch näher. Ich werde eine Behandlung nur durchführen, wenn ich bei Ihnen/Ihrem Kind keine Faktoren sehe, die auf ein erhöhtes Risiko für die gewählte Behandlungsmethode hindeuten. Selbstverständlich kann ich keine Garantie für den Behandlungserfolg übernehmen. Es ist ferner nicht auszuschließen, dass es in sehr seltenen Fällen auch zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Beschwerden kommen kann. Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Ihnen unklar und wichtig erscheint.

Worauf ist nach der Behandlung zu achten?

Sollten bei Ihnen/Ihrem Kind nach einer chiropraktischen Behandlung Schmerzen, Nervenstörungen, Schwindel oder eine unerklärliche Müdigkeit auftreten, so informieren Sie mich bitte unverzüglich. Ein leichter vorübergehender Schwindel nach einer Justierung (bis fünf Minuten) ist harmlos. Vorsichtshalber sollten Sie/Ihr Kind sich aber nach einer Justierung an der Wirbelsäule noch eine Weile in der Praxis aufhalten und nach Auftreten eines solchen vorübergehenden Schwindels für ca. eine Stunde kein Kraftfahrzeug fahren.

Bei auftretenden Besonderheiten nach Verlassen der Praxis kontaktieren Sie uns oder wenden Sie sich außerhalb unserer Praxiszeiten an den Notfalldienst oder eine Notaufnahme.

Sie können zu einem nachhaltigen Erfolg der Behandlung beitragen, indem Sie die Hinweise bzgl. Ihrer Lebensführung beachten, die ich Ihnen gegeben habe (z.B. Vermeidung von Fehlhaltungen, richtiges Ess- und Trinkverhalten, Bewegung/Sport, Stressreduktion usw.).



Patientenaufklärung Chiropraktik

Erstellt nach den Qualitätsstandards der Deutsch-Amerikanischen Gesellschaft für Chiropraktik e.V.

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, spezielle Fragen des*der Patient*in, Neben- und Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung oder Verschiebung der Behandlung, Gründe für die Ablehnung, Verhaltenshinweise, Beschränkung der Einwilligung, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigte*r)

Einwilligungserklärung

Über die geplante chiropraktische Behandlung hat mich Heilpraktiker Gerhard Linke in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich **alle mir wichtig erscheinenden Fragen** über Art und Bedeutung der Behandlung, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken sowie über Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen** und fühle mich in **verständlicher Form umfassend informiert**. In die vor- geschlagene chiropraktische Behandlung **willige ich hiermit nach angemessener Bedenkzeit** ein. Ich weiß, dass verschiedene Wirbelsäulenabschnitte und womöglich auch andere Körperteile behandelt werden. Mit den im Gespräch eventuell erörterten Ergänzungsmaßnahmen bin ich ebenfalls einverstanden.

....., den **X** _____
Patient*in [Erziehungsberechtigte*r]

Unter bewusstem Verzicht auf eine weitere Bedenkzeit wünsche ich ausdrücklich eine Behandlung direkt nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung am heutigen Tag.

....., den **X** _____
Patient*in [Erziehungsberechtigte*r]

Hiermit bestätige ich, nach der Aufklärung eine Kopie des unterzeichneten Aufklärungs- /Einwilligungsbogens erhalten zu haben.

....., den **X** _____
Patient*in [Erziehungsberechtigte*r]

Nur im Falle einer Ablehnung der Behandlung

Die vorgeschlagene Behandlung wurde nach ausführlicher Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung (z.B. Fortbestehen/Verschlimmerung der Beschwerden) wurde informiert.

....., den _____ Patient*in _____ Chiropraktiker*in



Allgemeine Aufklärung zur Honorarvereinbarung

1. Honorarvereinbarung / Aufklärung für möglichen Selbstbehalt bei Erstattungsanspruch durch einen Kostenträger (Beihilfe und/oder Privatkrankenkasse)

Ich möchte Sie darüber aufklären, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

Meine Honorare werden gemäß Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet.

Sollten Sie gesetzlich krankenversichert sein, sind Heilpraktiker Honorare nicht erstattungsfähig sondern von Ihnen selbst zu zahlen.

Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, dass viele Privatkassen unterschiedliche Tarife haben und nicht grundsätzlich die GebüH Beträge vollumfänglich erstatten. Sollte Ihre Zusatzversicherung oder Privatkrankenkasse abweichend erstatten (was Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen können), kann es sein, dass Sie einen (in der Regel zumutbaren) Betrag selbst zuzahlen müssen. Das Patientenrechtegesetz verpflichtet mich, Sie darüber aufzuklären, dass möglicherweise nicht der gesamte Rechnungsbetrag erstattet wird.

In Fällen, in denen ich Verfahren anwende, die nicht im GebüH aufgeführt sind, rechne ich analog ab, d.h., dass ich dann eine oder mehrere Leistung/en auf der Rechnung benenne, die der erbrachten Leistung am ähnlichsten sind. Die Erstattung analog abgerechneter Leistungen wird von den Kostenträgern unterschiedlich gehandhabt. Erstattungssicherheit besteht dabei nicht.

2. Terminvereinbarung

Termine können Sie jederzeit telefonisch vereinbaren. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24h vor Ihrem, mit mir vereinbarten, Termin nicht berechnet werden. In anderen Fällen bin ich nach §252 BGB berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte ich daher um schnellstmögliche telefonische Absage.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass ich Sie ausreichend über die Regelungen zur Terminvereinbarung und über meine Honorarhöhe sowie eine mögliche Selbstbeteiligung Ihrerseits aufgeklärt habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten



Datenschutzrechtliche Einwilligung

in die Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten

Hiermit erteile ich

Vorname/Name:

Geb.-Datum:

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich Verantwortlichen:

Gerhard Linke, Chiropraxis Gerhard Linke, Elverdisser Str. 43, 33729 Bielefeld
(Vollständiger Name der Heilpraktikerin/des Heilpraktikers und Adresse der Praxis)

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur Informiertheit erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung vom Verantwortlichen mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der unten abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich, in Textform oder schriftlich widerrufen werden.

Der Widerruf ist zu richten an: Chiropraxis Gerhard Linke

Elverdisser Str. 43

33729 Bielefeld

Tel.: 0521-7707724

Email: chiropraxis.linke@mailbox.org