Anamnesebogen

California Chiropractic Center

Persönliche Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße + Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Website
- Google
- Anzeige im Internet
- Empfehlung
- Sonstiges

Krankenversicherung?

Privat

Gesetzlich

Brauchen Sie eine Rechnung für die Krankenversicherung?

- Ja
- Nein

Beruf / Art der Tätigkeit

- sitzend
- stehend
- körperlich

Welche Beschwerden haben Sie im Moment?

Haben Sie schon andere Therapien besucht?

- Chiropraktik Wo?
- Orthopäde
- Physiotherapie
- Andere

Welche?

Wann haben die Beschwerden begonnen?

- vor Tagen
- vor Wochen
- vor Monaten
- vor Jahren

Gibt es eine mögliche Ursache?

Haben Sie Diagnosen oder Bildmaterialien aus Voruntersuchungen?

- Röntgen
- MRT
- CT
- Andere

Hatten Sie Operationen?

- Nein
- Ja

Welche?

Nehmen Sie regelmäßig oder momentan medikamente?

Nein Ja Welche?

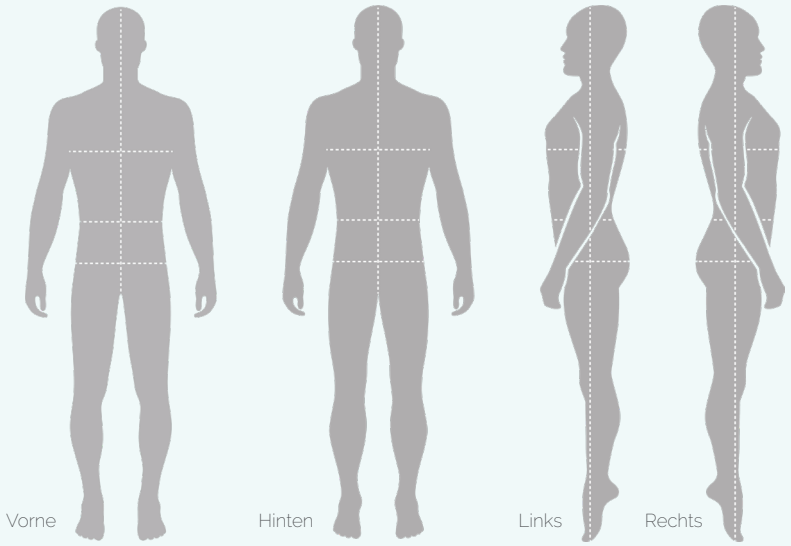
Schlafen Sie gut?

Nein Ja Welche Position?

Machen Sie Sport?

Nein Ja Welchen?

Bitte markieren Sie Bereiche, in denen Sie Probleme haben



Damit wir Ihrer Gesundheit unsere volle Aufmerksamkeit schenken können, möchten wir Sie hier darüber informieren, dass die Bezahlung am Behandlungstag in Bar, per EC-Karte oder durch vorherige Überweisung erfolgen muss. Für Pakete mit Inanspruchnahme des ersten Behandlungsinhaltes. Pakete sind nicht genutzt zwei Jahre gültig. Sollten Sie ein Paket vor Abschluss aller Behandlungen abbrechen, erfolgt eine Rückzahlung per Banküberweisung. Die bereits in Anspruch genommenen Inhalte werden als einzelne Behandlungen berechnet. Nur entsprechend gekennzeichnete Pakete sind teilbar. Um einen erfolgreichen Behandlungsablauf für alle Patienten zu gewährleisten, bitten wir Sie darum, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Da wir eine reine Terminpraxis sind, können wir kurzfristig abgesagte oder gar nicht wahrgenommene Termine nur schlecht spontan neu vergeben. Wir behalten uns vor, dafür eine Ausfallentschädigung von 25 Euro zu berechnen.

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet Sie über unsere Behandlungen und mögliche Risiken aufzuklären. In einem Urteil des OLG Düsseldorf (08.03.1993, 302/91) wird verlangt, Ihnen das Risiko aufzuzeigen, das in seltenen Fällen bei einer falschen Durchführung von Manipulationen der oberen Halswirbel eine dauerhafte Durchblutungsstörung des Kopfes entstehen kann. Weitere Risiken, die wir nennen müssen, da sie entstehen können sind:
Bei einem nicht auffälligen Bandscheibenvorfall oder vorgeschädigten Bandscheiben kann es zu Beschwerden kommen (diese könnten allerdings auch schon durch z.B. Husten ausgelöst werden), Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Extremitäten und leichten Empfindungsstörungen oder Prellungen.
Wir weisen Sie darauf hin, dass zwar grundsätzlich jede Behandlung ein Risiko birgt, dieses jedoch durch langjährige Ausbildung, Erfahrung und Beherrschung der Kunst der Chiropraktik auf ein Minimum reduziert ist. Sollten bei Ihnen entsprechende Risikofaktoren vermutet werden, ziehen wir grundsätzlich bildgebende Maßnahmen hinzu. Bitte informieren Sie uns, falls Sie nach einer Manipulation schonmal Probleme hatten, Sie angeborene Fehlbildungen oder Besonderheiten im Bereich der Wirbelsäule oder Extremitäten haben, Sie Osteoporose haben, eine Spinalkanalstenose und / oder Bandscheibenprobleme bekannt sind, Sie regelmäßig Steroidhormone wie Cortison oder Marcumar einnehmen, Sie an Rheumatischen-, Autoimmun- oder Tumorerkrankungen leiden / geleidet haben, Operationen im Bereich der Wirbelsäule oder Knochen hatten (Metallimplantate, Cage, Shunt o.Ä.), Sie schonmal einen Schlaganfall hatten, unter Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen leiden oder Sie bestimmte Behandlungstechniken nicht mögen. Chiropraktik wird zum größten Teil mit den Händen ausgeführt. Wenn Sie mit dem manuellen Kontakt des Behandlers nicht einverstanden sind, können wir Ihnen keinen vollen Behandlungserfolg garantieren.

Bei Unklarheiten oder Fragen sprechen Sie uns bitte jederzeit an.

Ich habe den Anamnesebogen vollständig (Vorder- und Rückseite) gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Datum

Unterschrift

ggf. Erziehungsberechtigter