



kraftort

Anamnesebogen

Im Folgenden werden Deine persönlichen Daten erfasst. Bitte fülle alle Felder sorgfältig und vollständig aus, um eine optimale Betreuung zu gewährleisten.

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Geb.Datum:	Beruf:
Telefon Privat:	Mobiltelefon:
Email:	

Bist Du minderjährig, benötigen wir die Angaben eines Erziehungsberechtigten. Außerdem brauchen wir eine unterschriebene Einverständniserklärung.

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Geb.Datum:	
Telefon Privat:	Mobiltelefon:
Email:	

Krankenversicherung

Selbstzahler	☐
Privatversichert bei	☐
Beihilfe	☐
Zusatzversicherung	☐

Allgemeine Angaben

Warst Du schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein _____ Ja, Zuletzt am / Bei : _____

Bist Du momentan in ärztlicher Behandlung?

Nein _____ Ja, wegen : _____

An welchen Krankheiten leidest Du chronisch ?

In der Vergangenheit hattest Du:

Unfälle/Stürze:

Knochenbrüche:

Operationen:

Künstliche Gelenke:

Krebserkrankungen:

Aktuelle Hilfsmittel:

Orthese:

Schuheinlagen: links rechts keine

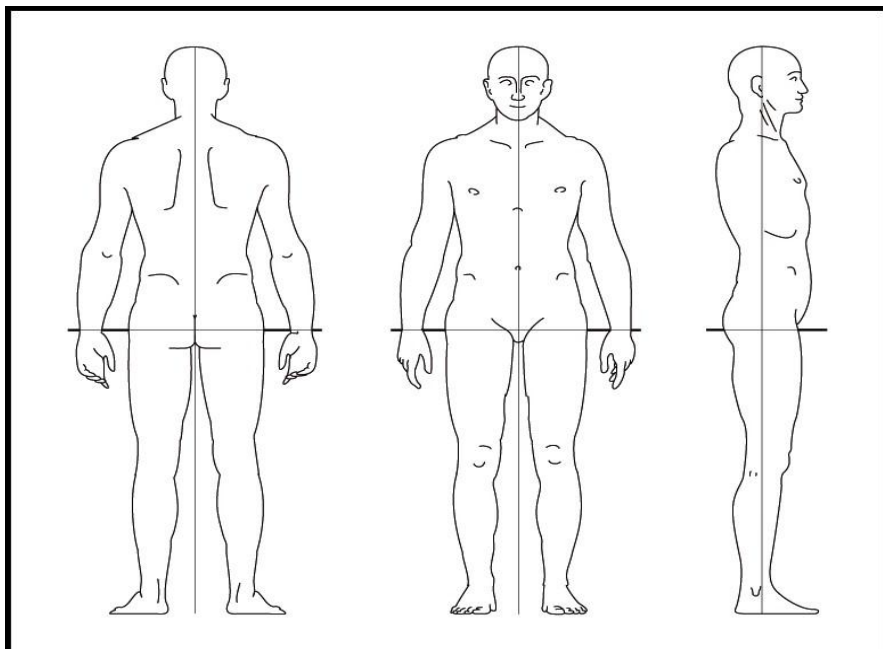
Zahnspange/Zahnbiesschiene: ja nein

sonstiges:

Aktueller Gesundheitszustand

Bitte um kurze Erläuterung warum Du einen Termin in unserer Praxis gemacht hast:

Bitte markiere Deine Problemzonen:



Seit wann besteht dieses Problem ?

Tage

Wochen

Monate

Jahre

schon immer

☐
☐
☐
☐
☐

Analyse

Dein Problem verschlimmert sich, wenn:

Dein Problem verbessert sich, wenn:

Dein Problem beeinträchtigt dich beim:

Arbeiten	Schlafen	Sitzen	Laufen	Liegen	Entspannen	Gehen
----------	----------	--------	--------	--------	------------	-------

Hast Du bereits andere Therapeuten wegen dieses Problem aufgesucht ?

Wenn Ja welche?

Alltägliche Gewohnheiten:

Schlafstunden:	h/Nacht
Koffein:	Tassen/Tag
Wasser:	l/Tag
Alkohol:	Gläser/Woche
Zigaretten:	Stück/Tag
Sport:	Std./Woche
Ernährung:	Mahlz/Tag

Auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) - 6 (kann definitiv mehr/weniger/besser sein)
bewerten Sie ihre aktuelle Gewohnheiten

Sport	
Trinken	
Entspannung	
Stress	
Essgewohnheiten	
generelle Gesundheit	

Wie wichtig ist Dir die Lösung Deines Problems ? Wieviel bist Du bereit einzusetzen ?

Veränderung passiert nicht durch Zufall - sondern durch dich.

Wie siehst du deine Rolle auf dem Weg zu deinem Ziel ?

- ☐ Ich möchte, dass Ihr das Problem für mich löst
- ☐ Ich bin bereit, Verantwortung zu übernehmen und mein Leben anzupassen
- ☐ Ich weiß, dass echte Veränderung Arbeit bedeutet - und ich bin dabei

Wo findest Du dich hier wieder ?

In Balance

viel Energie	wenig Beschwerden	resistent gegen Infektionen	
hohe Lebensqualität	voll leistungsfähig	hohe Lebensfreude	aktiv
optimale Konzentrationsfähigkeit	dynamisch	positive mentale Einstellung	

eingeschränkte Funktion

Schulterschmerzen	Schwindel	Knieschmerzen	Migräne
Benommenheit	Kopfschmerzen	Hüftschmerzen	Blutdruck
Gleichgewichtsstörungen	Schlafstörungen	Ohrgeräusche	Asthma
Konzentrationsstörung	Steifheit/Rheuma	Ängste	Sodbrennen
Kiefergelenksprobleme	Verdauungsprobleme	Schwaches Immunsystem	Augenzucken
Nebenhöhlenprobleme	Nackenschmerzen	Rückenschmerzen	Ostroporose
Zähneknirschen	Gelenkbeschwerden	Nervosität	Sorgen
angespannte Muskulatur	kalte Hände/Füße	wenig Energie	gereizt
Herzrhythmusstörungen	Taubheitsgefühle	Panikatacken	depressiv
schlechte Körperhaltung	Gedankenkreisen	Stimmungsschwankungen	
geringe Schmerztoleranz	Ohnmachtsanfälle	Leistungsverlust	Ängstlichkeit

deutlich gestörte Funktion

Rheumatoide Arthritis	Diabetes	Depression	ALS
Eppstein-Barr-Syndrom	Morbus Crohn	chronische Müdigkeit	Krebs
Osteoporose	Fibromyalgie	Multiple Sklerose	



kraftort

Liebe Patientin/ Lieber Patient,

die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Dich über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden findest Du zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nimm Dir 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 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 durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Zum Thema Abrechnung und Terminvereinbarung:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Dich Termine. Wir möchten Dich darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24 Stunden vor dem mit uns vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen werden wir nach BGB/§252, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung stellen. Terminabsagen sind per Telefon, Fax oder E-mail möglich.

Wir möchten Dich darüber informieren, dass Du unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit uns bist. 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. Wir raten Dir, Dich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren. Leider zahlen gesetzliche Krankenkassen grundsätzlich keine Heilpraktikerleistungen. Die Kosten richten sich nach dem jeweiligen medizinischen Aufwand und orientieren sich an den Sätzen der GebÜH.

Die Kosten sind grundsätzlich unverzüglich im Anschluss an die Behandlung per EC-Karte zu entrichten. Privatpatienten erhalten eine detaillierte Auflistung der Behandlungskosten (Rechnung) 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. 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 von Kraftort Niederrhein – Chiropraktik und Körperkompetenz, Inh. Benjamin Spörer (Heilpraktiker).
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben.

Korschenbroich, den ____/____/____ Unterschrift: _____



kraftort

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

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

Kraftort Niederrhein

Benjamin Spörer - Heilpraktiker

Bachstraße 34 a

41352 Korschenbroich

Telefon: 02182 8987681 Email: info@kraftort-niederrhein.de

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

☐ Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrundeliegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.

☐ Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.

☐ Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person 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 abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/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 oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Kraftort Niederrhein

Benjamin Spörer - Heilpraktiker

Bachstraße 34 a

41352 Korschenbroich

Telefon: 02182 8987681 Email: info@kraftort-niederrhein.de