



## Anamnesebogen

### Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

### Krankenversicherung:

Selbstzahler

Privatversicherung bei \_\_\_\_\_ Beihilfe Ja Nein

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei \_\_\_\_\_

---

### Allgemeine Angaben:

Kinder (Name und Geburtsjahr): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

–

Art der Tätigkeit: vorwiegend sitzend vorwiegend stehend vorwiegend körperlich

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch \_\_\_\_\_ Internet Instagram

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, wegen \_\_\_\_\_

Ihre Gesundheit in Kindheit und Jugend (bis 18 Jahre) :                    Nein    Ja    Unsicher

War Ihre eigene Geburt ein Kaiserschnitt oder eine Geburt mit  
Hilfsmitteln? Haben Sie regelmäßig Medikamente eingenommen?

Sind Sie operiert worden?

Hatten Sie bestimmte oder häufig wiederkehrende Krankheiten?

Gab es Unfälle oder Stürze in Ihrer Kindheit?

Waren Sie ein sportlich aktives Kind?

Haben Sie eine Zahnspange getragen?

Ihre Gesundheit als Erwachsener (von 18 Jahren bis heute):

Welche nennenswerten Krankheiten hatten Sie in den letzten fünf Jahren?

-----  
-----

An welchen Krankheiten leiden Sie chronisch?

-----  
-----

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Tabletten, Tropfen, Spray)?

-----  
-----

Welche Erkrankungen kommen in Ihrer Familie gehäuft vor?

-----  
-----

Sie haben/ hatten (wann und wo?):

Unfälle/ Stürze: \_\_\_\_\_

Knochenbrüche: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Künstliche Gelenke: \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien/ Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Schuhleinlagen:    Nein    Ja, links    Ja, rechts    Absatzerhöhung    Nein    Ja

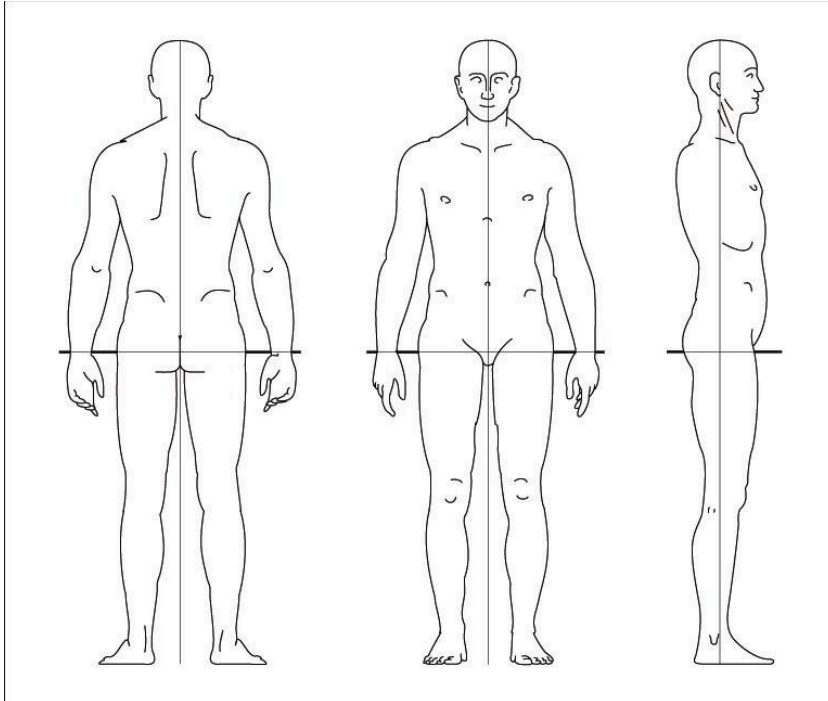
Zahnspange/ Zahnbissschiene    Nein    Ja    Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Aktueller Gesundheitszustand:

Sie haben keine Beschwerden und kommen aus prophylaktischen Gründen.

Bitte um kurze Erläuterung, warum Sie heute in meiner Praxis sind: \_\_\_\_\_

Bitte markieren Sie Ihre Problemzonen



Seit wann haben Sie dieses Problem?

Tagen Wochen Monaten Jahren schon immer

Seitdem das Problem angefangen hat, ist es:

gleich geblieben besser geworden schlechter geworden

Ihr Problem verschlimmert sich,

wenn: \_\_\_\_\_

Ihr Problem verbessert sich,

wenn: \_\_\_\_\_

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

Arbeiten Schlafen Sitzen Laufen/ Gehen Entspannen Liegen

Nehmen Sie aufgrund der Beschwerden Medikamente ein?

Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht?

Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, Ultraschall, Orthopäde, etc.)?

Nein Ja, welche? \_\_\_\_\_

Frühere Therapien für Ihre aktuellen Beschwerden?

**Wo finden Sie sich hier wieder? (Teil1)** - bitte ankreuzen:

Schulterschmerzen	Schwindel	Wechseljahresbeschwerden	Osteoporose
Knieschmerzen	Benommenheit	Menstruationsbeschwerden	Kopfschmerzen
Hüftschmerzen	Gleichgewichtsstörung	Schilddrüsenprobleme	Migräne
Rückenschmerzen	Geschmacksstörung	Blutdruckprobleme	Nervosität/ Innere Unruhe
Kiefergelenkprobleme	Geruchsstörung	Schlafstörungen	Ohrgeräusche/ Tinnitus
Zahnprobleme	Konzentrationsstörung	Lichtempfindlichkeit	Asthma/ Kurzatmigkeit
Nackenschmerzen	Steifheit/ Rheuma	Nebenhöhlenprobleme	Sodbrennen
Ängste/ Gemütsleiden	Verdauungsprobleme	Blasenleiden	Schwaches Immunsystem
Sehstörungen	Hautprobleme	starkes Schwitzen	Augenzucken
Gewichtsprobleme	Magengeschwüre	Krampfadern	häufige Blockierungen

**Alltägliche:**

Schlafstunden: \_\_\_\_\_ Std./Nacht Koffein: \_\_\_\_\_ Tassen/Tag Wasser: \_\_\_l/Tag

Alkohol: \_\_\_ Gläser/Woche Zigaretten: \_\_\_/Tag Sport: \_\_\_\_\_ Std./Woche

Ernährung: \_\_\_ Mahlzeiten/Tag Schwangerschaft: \_\_\_ Woche

Auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) beschreiben Sie bitte Ihren momentanen Zustand:

\_\_\_\_\_ Sport \_\_\_\_\_ Trinken \_\_\_\_\_ Entspannung \_\_\_\_\_ Stress \_\_\_\_\_ Essgewohnheiten

\_\_\_\_\_ generelle Gesundheit

**Wo finden Sie sich hier wieder?** (Teil2) - bitte ankreuzen:

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

Gelenkbeschwerden	Rückenschmerzen	schlechte Körperhaltung
schlechte Heilung	Leistungsverlust	funktionelle Organbeschwerden
schlechte Aufmerksamkeit	Gedankenkreisen	kalte Hände/ kalte Füße
impulsiv	Migräne	angespannte Muskulatur
leicht abzulenken	Kopfschmerzen	Zähneknirschen
unorganisiert	Ohnmachtsanfälle	Ängstlichkeit
depressiv	Schlafwandeln	Nervosität
unmotiviert	Hitzewallungen	Herzrhythmusstörungen
schlechte Konzentration	Bettnässen	Schlafstörungen
benebelt	Essstörungen	Bluthochdruck
Verstopfung	Panikattacken	vorzeitiges Altern
geringe Schmerztoleranz	Stimmungsschwankungen	Reizdarm
Sorgen	Bipolare Störung	ADHS
gereizt	PMS	schwaches Immunsystem
wenig Energie	Nahrungsmittel-	schlechte Emotionssteuerung
Schwierigkeiten aufzuwachen	unverträglichkeiten	

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



**Liebe Patientin/ Lieber Patient,**

die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. 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 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, reserviere ich für Sie Termine. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen 24 Stunden vor Ihrem mit mir vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen bin ich nach BGB/§252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Terminabsagen sind per Telefon, Fax oder E-mail möglich.

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind. 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 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 für Selbstzahler sind 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 - Spörer und Küppers GbR.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben.

**Korschenbroich, den** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

## 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  
Spörer & Küppers GbR  
Benjamin Spörer - Heilpraktiker  
Bachstr. 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.

Ich erkläre mich einverstanden, eMails (Terminbestätigungen, Terminerinnerungen, etc.) von Ihnen zu erhalten.

---

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**  
Spörer & Küppers GbR  
Benjamin Spörer - Heilpraktiker  
Bachstr. 34 a  
41352 Korschenbroich  
Telefon: 02182 8987681 Email: info@kraftort-niederrhein.de