

Vertrauliche, persönliche Patienteninformationen vor der ersten Behandlung.

Vorname	Name	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail
_____	_____	_____
Straße & Nr.	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Familienstand	Kinder (Anzahl)	Kinder (Alter)
_____	_____	_____
Hausarzt:		

Krankenversicherung

Ich bin...:

privat versichert gesetzlich versichert Heilpraktiker Zusatzversicherung

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Wie haben Sie von uns erfahren?

<input type="radio"/> Google	<input type="radio"/> Praxisschild	<input type="radio"/> Presse
<input type="radio"/> BSC Acosta	<input type="radio"/> Social Media	<input type="radio"/> Vortrag
<input type="radio"/> Empfehlung ihres Arztes / Ärztin	Name: _____	
<input type="radio"/> Empfehlung eines Patienten / einer Patientin	Name: _____	
<input type="radio"/> Empfehlung Hebamme	Name: _____	
<input type="radio"/> Sonstiges:	_____	

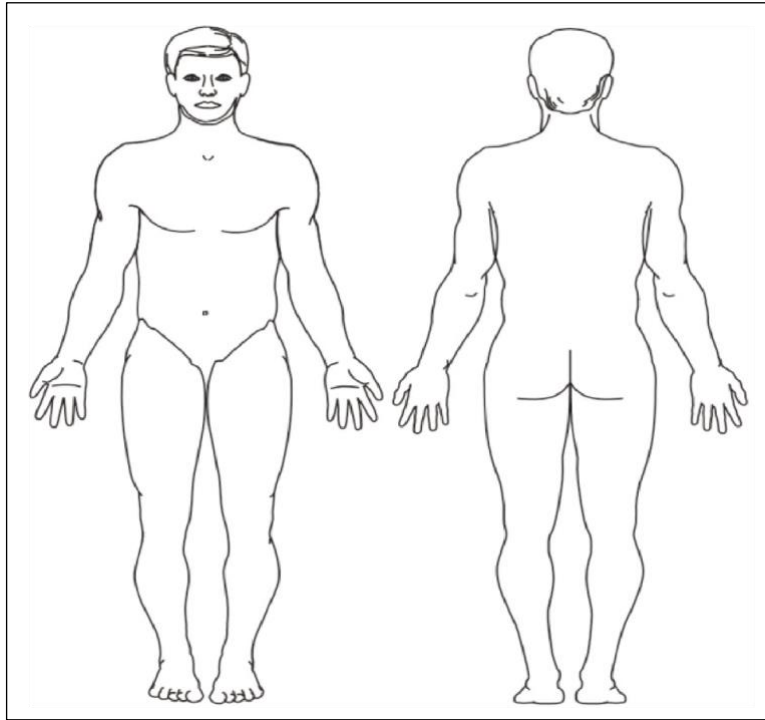
Zur Ursache, warum Sie zu uns gekommen sind.

Haben Sie Schmerzen?

Ja Nein

Ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10 (0 = keine Schmerzen; 10 = extreme Schmerzen): _____

Bitte zeichnen Sie den Ort / die Orte ihrer Beschwerden ein:



Seit wann haben Sie die Symptome (Jahre, Monate, Tage)?

Haben Sie schon einmal die gleichen Symptome gehabt?

Ja Nein

Ist Ihnen ein Auslöser ihrer momentanen Beschwerden bekannt?

Ja Nein

Hatten Sie in der nahen Vergangenheit einen Sturz oder Unfall, welchen Sie mit den momentanen Beschwerden in Verbindung bringen würden?

Ja Nein

Können Sie Faktoren benennen, welche ihre Beschwerden lindern oder intensivieren? (Beispiele.: Bewegung, Ruhe, Liegen, Sitzen, Aufstehen, Kälte, Wärme, Sport, Medikamente...)

Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie wenn möglich:

Lindernde Faktoren:

Reizende Faktoren:

Waren oder sind Sie wegen ihrer Beschwerden krankgeschrieben?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Zeitraum angeben:

Sind ihre Beschwerden an einer bestimmten Tageszeit am stärksten präsent

- Morgens Mittags Abends Nachts Unabhängig der Tageszeit

Die Beschwerden sind eher...:

- konstant / dauerhaft schwankend

Die Beschwerden haben sich im Verlauf...:

- verbessert verschlechtert nicht / kaum verändert

Sind im Zusammenhang mit ihren Beschwerden ein oder mehrere der Folgenden Symptome aufgetreten:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Fieber | <input type="radio"/> Generelles Krankheitsgefühl |
| <input type="radio"/> Ungeplanter Gewichtsverlust | <input type="radio"/> Nächtliches Schwitzen |
| <input type="radio"/> Inkontinenz | <input type="radio"/> Taubheit im Genitalbereich |

Haben Sie auf Grund ihrer Beschwerden schon andere Mediziner aufgesucht?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Hausarzt / Allgemeinmediziner | <input type="radio"/> Zentrale Notaufnahme |
| <input type="radio"/> Stationärer Krankenhausaufenthalt | <input type="radio"/> Orthopäde |
| <input type="radio"/> Neurologe | <input type="radio"/> Osteopath |
| <input type="radio"/> Chiropraktor | <input type="radio"/> Heilpraktiker |
| <input type="radio"/> Sonstige _____ | |

Wurden auf Grund ihrer Beschwerden schon Untersuchungen durchgeführt?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Röntgen | <input type="radio"/> MRT |
| <input type="radio"/> Computer Tomographie | <input type="radio"/> Blutbild |
| <input type="radio"/> Ultraschall | <input type="radio"/> Sonstige _____ |

Haben Sie auf Grund ihrer Beschwerden schon andere Behandlungen / Therapien in Anspruch genommen?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Physiotherapie | <input type="radio"/> Schmerzmedikation |
| <input type="radio"/> Andere Medikation | <input type="radio"/> Massage |
| <input type="radio"/> Akupunktur | <input type="radio"/> Stoßwellentherapie |
| <input type="radio"/> Osteopathische Behandlung | <input type="radio"/> Chiropraktische Behandlung |
| <input type="radio"/> Spritzen | <input type="radio"/> Operation |
| <input type="radio"/> Sonstige _____ | |

Zu ihrem gesundheitlichen Hintergrund

Wurden Sie schon einmal operiert Ja Nein

Hatten Sie je einen Autounfall mit starken nachfolgenden körperlichen Beschwerden Ja Nein

Hatten Sie je einen anderen Unfall mit starken nachfolgenden körperlichen Beschwerden Ja Nein

Bestehen oder bestanden strukturelle Diagnosen am Bewegungsapparat?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bänderrisse | <input type="radio"/> Knochenbrüche |
| <input type="radio"/> Bandscheibenvorfall | <input type="radio"/> Stenose |
| <input type="radio"/> Blockwirbel | <input type="radio"/> Gleitwirbel |
| <input type="radio"/> Schleudertrauma | <input type="radio"/> Arthrose |
| <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Osteopenie |
| <input type="radio"/> Andere: _____ | |

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Krebs | <input type="radio"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Thrombose |
| <input type="radio"/> Andere Erkrankungen des Herzkreislauf Systems | <input type="radio"/> Langfristige Erkrankungen der Lunge |
| <input type="radio"/> Langfristige Erkrankungen des Verdauungstraktes | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Stoffwechselerkrankungen | <input type="radio"/> Bindegeweserkrankungen |
| <input type="radio"/> Chronische Infektionen (z.B Hepatitis) | <input type="radio"/> Erbliche Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankungen: _____ | <input type="radio"/> Weitere Erkrankungen: _____ |

Nehmen Sie Medikamente folgender Gruppen?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Blutverdünnende Medikamente | <input type="radio"/> Blutdruckregulierende Medikamente |
| <input type="radio"/> bei Bedarf schmerzlindernde Medikamente (rezeptfrei) | <input type="radio"/> Hormone (z.B. Kortison) |
| <input type="radio"/> bei Bedarf schmerzlindernde Medikamente (rezeptpflichtig) | <input type="radio"/> Immunsuppressiva |
| <input type="radio"/> regelmäßig schmerzlindernde Medikamente (rezeptfrei) | <input type="radio"/> Psychopharmaka |
| <input type="radio"/> regelmäßig schmerzlindernde Medikamente (rezeptpflichtig) | <input type="radio"/> Andere Medikamente: _____ |

Sind im Verlauf ihrer Beschwerden ein oder mehrere der folgenden Symptome aufgetreten?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Doppelbilder | <input type="radio"/> Verschwommenes Sehen |
| <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Gangunsicherheit |
| <input type="radio"/> „Sturzattacken“* | <input type="radio"/> Probleme mit der Aussprache |
| <input type="radio"/> Schluckbeschwerden | <input type="radio"/> Übelkeit |
| <input type="radio"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Kribbeln / Taubheit an Kopf/Gesicht |
| <input type="radio"/> Kribbeln/Taubheit in Arm/Hand | <input type="radio"/> Kribbeln / Taubheit in Bein/Fuß |
| <input type="radio"/> Kribbeln/Taubheit im Genitalbereich | <input type="radio"/> Schwäche in den Armen/Fingern |
| <input type="radio"/> Schwäche in den Beinen/Füßen | <input type="radio"/> Kopfschmerzen |
| <input type="radio"/> Kopf-Druckgefühle | <input type="radio"/> Migräne |

Leiden Sie wiederkehrend oder in letzter Zeit unter...?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Augen-Druckgefühlen | <input type="radio"/> Sehstörungen |
| <input type="radio"/> Augenerkrankungen | <input type="radio"/> Ohrgeräusche |
| <input type="radio"/> Ohren-Druckgefühle | <input type="radio"/> Nasen- / Nebenhöhlen-Entzündung |
| <input type="radio"/> Kieferbeschwerden | <input type="radio"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="radio"/> Appetitlosigkeit | <input type="radio"/> Brechreize |
| <input type="radio"/> Sodbrennen | <input type="radio"/> Magenbeschwerden |
| <input type="radio"/> Darmbeschwerden | <input type="radio"/> Blut im Stuhl |
| <input type="radio"/> Blasenbeschwerden | <input type="radio"/> Blut im Urin |
| <input type="radio"/> Brustschmerzen | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="radio"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Atembeschwerden |
| <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Atemwegsinfektionen |

Nur für Frauen

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Regelschmerzen | <input type="radio"/> Schwere Blutungen |
| <input type="radio"/> Ausbleibende Blutungen | <input type="radio"/> Andere Beschwerden im Unterleib |

Sind Sie aktuell schwanger?

- Ja Nein

* *Plötzliches, unvermitteltes Wegsacken der Beine*

Zu ihrem Lebensstil

Berufs-, Tätigkeitsbezeichnung:

Meine berufliche Tätigkeit ist überwiegend...:

Sitzend

Körperlich anstrengend

Stehend

Körperlich abwechslungsreich

Rauchen Sie regelmäßig?

Ja

Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja

Nein

Machen Sie regelmäßig Sport?

Ja

Nein

Wie viele Tage der Woche gehen Sie normalerweise einer körperlichen / sportlichen Aktivität von mindestens 30 Minuten nach?

0

1

2

3

4

5

6

7

Welche Sportarten betreiben Sie:

Wie sehr haben Sie ihre Beschwerden in den letzten 2 Wochen daran gehindert, körperlichen Aktivitäten ihres gewohnten Niveaus nachzugehen

0 = Gar nicht

1 = Etwas

2 = Moderat

3 = Stark

4 = Extrem

Haben Sie andere Hobbies?

Behandlungsrisiken:

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine ausgesprochen risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Erkrankungen biomechanischen Ursprungs. Die Sorgfalts- und Aufklärungspflicht gebietet uns jeden Patienten über eventuelle Risiken zu informieren.

Man geht generell davon aus, dass Bewegungen des Nackens in sehr seltenen Fällen bei einer bereits vorhandenen mikroskopischen Vorschädigung der Blutgefäße oder bestimmten Weichteilerkrankungen wie (Ehlers-Danlos-Syndrom Typ IV, Marfan Syndrom, Fibromuskuläre Dystrophie) eine Schädigung der Arteria Vertebralis zur Folge haben können – welche zu einem Schlaganfall führen kann. Auf Grund dieses Zusammenhanges nimmt man derzeit an, dass auf 1.000.000 chiropraktische Behandlungen maximal 0.64 Schlaganfälle fallen. Die Wissenschaft sieht in der Ätiologie von Schlaganfällen aber kein erhöhtes Risiko durch chiropraktische Behandlungen der Halswirbelsäule im Vergleich zu alltäglichen Belastungen des Nackens (1) wie:

- Auto einparken
- Haare Waschen lassen beim Friseur
- Decke streichen
- Schwimmen
- Yoga
- Tapezieren
- Husten
- Basketball oder Tennis spielen
- Schulterblick beim Autofahren
- Niesen

Die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation zur Chiropraktik kommen zur einer ähnlichen Einschätzung (3). Da das Risiko insgesamt äußerst gering erscheint, spricht nichts dagegen weiter ohne Bedenken Auto zu fahren, Yoga zu machen, weiter schwimmen zu gehen und sich chiropraktisch am Nacken behandeln zu lassen.

Bei Patienten mit Vorschädigungen des Skelettsystems wie Tumoren, Metastasen oder fortgeschrittener Osteoporose besteht die Gefahr einer Knochenschädigung, etwa an den Rippenbögen. Diese können bei entsprechenden Patienten aber ebenso gut durch Husten, Niesen und Heben von leichten oder schweren Gegenständen auftreten.

Für die Folgen einer zum Zeitpunkt der Behandlung nicht bekannten organischen Grunderkrankung oder anatomisches Anomalie, wie z.B. eines Aneurysmas, eines Angioms, Knochenmetastasen etc., kann der behandelnde Chiropraktor keine Verantwortung übernehmen.

In den meisten Fällen ist es nötig, neben den Wirbelkorrekturen auch Verklebungen der Muskulatur (Myogelosen), Faszien oder Sehnenansätze zu lösen, um einen optimalen Behandlungserfolg zu erreichen. Diese lösen wir, je nach Fall, mit manuellen Drucktechniken oder radialer Stoßwellentherapie. Im Gegensatz zur fokussierten Stoßwellentherapie ist bei der von uns verwendeten radialen Stoßwellentherapie nicht mit möglichen Komplikationen wie Schädigung von Tiefengewebe zu rechnen. Es gelten die unten angegebenen Behandlungsreaktionen.

Behandlungsreaktionen:

Nach der Behandlung treten manchmal innerhalb der ersten 48 Stunden Verspannungs- oder muskelkaterähnliche Schmerzen auf. Diese sind in der Regel unbedenklich und verschwinden schnell, wenn betroffene Stellen gekühlt oder bewegt werden. Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein gewisses Instabilitätsgefühl kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit einstellen. Sollten Sie noch weitere Fragen bezüglich möglicher Nebenwirkungen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Chiropraktor.

Honorarvereinbarung:

Die Kosten für die Erstbehandlung inkl. ausführlicher Anamnese liegen bei Erwachsenen bei 80 und bei Kindern (bis einschließlich 11 Jahre) bei 70 Euro. Für jede Folgebehandlung erlauben wir uns 60 Euro zu

berechnen. Einige gesetzliche Kassen (z.B AOK) erstatten Ihnen Teile der Kosten. Dies ist jedoch unterschiedlich und bedarf individueller Abklärung mit der jeweiligen Kasse. Es lohnt sich zumindest dort anzufragen.

In jüngerer Vergangenheit kam es leider des häufigen dazu, dass Patienten ihre vereinbarten Termine vergessen haben. Da wir großzügige Zeiten für unsere Patienten einplanen entsteht für uns damit ein Leerlauf und für andere Patienten, welche einen Termin benötigen eine längere Wartezeit. Daher behalten wir uns vor, einen versäumten Termin, welcher nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurde, mit 40 Euro in Rechnung zu stellen. Natürlich gibt es triftige Gründe für die Ausnahmen gelten.

Bitte ankreuzen:

- Ich fühle mich ausreichend über die Risiken chiropraktischer Behandlungen informiert. Ich habe die obigen Ausführungen dazu gelesen und verstanden. Ich bin mit einer Behandlung einverstanden.
- Ich habe die Datenschutzerklärung (hängt im Wartezimmer aus) gelesen und erkläre mich mit der Erhebung und Nutzung meiner mitgeteilten personenbezogenen Daten im Rahmen des Behandlungsverhältnisses einverstanden.
- Ich stimme der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an meinen behandelnden Arzt im Rahmen des Behandlungsvertrages hiermit ausdrücklich zu. (Geschieht nur wenn nötig und nach erneuter Absprache zwischen Patient und Chiropraktor).
- Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxis „Chiropraktoren Neuer Weg“ telefonisch, per E-Mail oder auf dem Postweg kontaktieren darf.
- Hiermit bestätige ich, dass ich alle meine Auskünfte nach besten Wissen und Gewissen gegeben habe. Ich stimme der Durchführung der Behandlung sowie der Honorarvereinbarung zu. Über Änderungen der von mir angegebenen Informationen werde ich die Praxis nach bestem Wissen informieren

Name: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____

Referenzen:

(1)Haldeman S, Kohlbeck FJ, McGregor M: Risk factors and precipitating neck movements causing vertebrobasilar artery dissection after cervical trauma and spinal manipulation. Spine (Phila Pa 1976). 1999, 24 (8): 785-94.

(2) B. Symons and W. Herzog, "Cervical artery dissection: a biomechanical perspective," The Journal of the Canadian Chiropractic Association, vol. 57, no. 4, pp. 276–278, 2013.

(3) WHO – Richtlinien zu Mindestanforderung an das Studium und zur Sicherheit in der Chiropraktik

(4) Church EW, Sieg EP, Zalatimo O, Hussain NS, Glantz M, Harbaugh RE. Systematic Review and Meta-analysis of Chiropractic Care and Cervical Artery Dissection: No Evidence for Causation. Cureus. 2016;8(2):e498