

Wichtige Fragen und Informationen zu Ihrer Behandlung

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Email: _____

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung Internet Werbung

Sport: leider gar nicht: gelegentlich: regelmäßig: viel:

Sportarten: _____

Kinder: ja nein wie viele? _____ normale Entbindungen? _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung: nein ja bei Arzt Hausarzt Heilpraktiker

Name: _____

So geht es mir im Moment:

Ich habe keine Beschwerden und bin aus prophylaktischen Gründen hier

Ich habe Beschwerden im Bereich der

Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule

Gelenke _____ andere: _____

Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren

Waren Sie damit schon in Behandlung nein ja bei: _____

Gab es eine Ursache? Autounfall Sturz weiß nicht andere: _____

Welche Unfälle/Stürze gab es, wann? _____

Hatten Sie nennenswerte Krankheiten in den letzten 5 Jahren? Nein Ja, wann/ welche? _____

Leiden Sie an chronischen Krankheiten? Nein Ja, welche, seit wann? _____

Nehmen Sie Medikamente?

Schmerzmedikamente entzündungshemmende Medikamente Diabetes Medikamente

Herz- und Blutdruckmittel Blutverdünner, bitte alle Medikamente auflisten: _____

Ich trage Einlagen ja nein

Haben Sie eine Absatzerhöhung ja nein

Leiden Sie an Zahnproblemen _____

Haben Sie Implantate Kronen Zahnersatz



Naturheilpraxis Silvia Linnenbaum
Praxis für Amerikanische Chiropraktik
48356 Nordwalde, Am Tümpel 2
Tel.: 02573. 92 13 61
Mobil: 0173. 636 1757

Ich und meine (Kranken-)Geschichte

Haben Sie eine Zahnsperre getragen? Nein Ja

Waren Sie ein sportlich aktives Kind? Nein Ja

Beruf: _____ Art der Tätigkeit:

vorwiegend sitzend vorwiegend stehend vorwiegend körperlich

Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fühlen Sie sich müde, träge, antriebslos?

Immer.....oft.....gelegentlich.....selten.....nie

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie täglich?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie viele Portionen Gemüse essen Sie täglich?

0	1x		2x		3x		4x		5x
---	----	--	----	--	----	--	----	--	----

Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie in der Woche?

18	16	14	12	10	8	6	4	2	0
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---

Wie oft treiben Sie Sport in der Woche?

Sportart: _____

nie	1x		2x		3x		4x		5x
-----	----	--	----	--	----	--	----	--	----

Beurteilen Sie Ihren beruflichen Stresslevel

sehr stressig...stressig.....gering.....ausgeglichen

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?

schlecht.....ausgeglichen.....gut.....sehr gut

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie beurteilen Sie Ihren Schlaf?

schlecht.....ausgeglichen.....gut.....sehr gut

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie viele Gläser Wasser trinken Sie täglich?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wie viele Portionen Obst essen Sie täglich?

0	1x		2x		3x		4x		5x
---	----	--	----	--	----	--	----	--	----

Wie oft essen Sie Fleisch in der Woche?

5x		4x		3x		2x		1x	nie
----	--	----	--	----	--	----	--	----	-----

Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

18	16	14	12	10	8	6	4	2	0
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---

Wie viele Stunden sitzen Sie pro Tag?

(Arbeitsplatz, Auto, auf dem Sofa, ...)

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Beurteilen Sie Ihren privaten Stresslevel

sehr stressig...stressig.....gering.....ausgeglichen

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wie groß ist Ihre Motivation an Ihrem Leben aktiv

etwas zu ändern?

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---



Naturheilpraxis Silvia Linnenbaum
Praxis für Amerikanische Chiropraktik
48356 Nordwalde, Am Tümpel 2
Tel.: 02573. 92 13 61
Mobil: 0173. 636 1757

Geburt normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln

Gab es Unfälle/ Stürze in Ihrer Kindheit? Nein Ja, wann/ welche? _____

Mussten Sie als Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Nein Ja, wann/ welche? _____

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen oder andere nennenswerte Erkrankungen in der Kindheit?

Nein Ja, welche? _____

_____ im Alter von _____ Jahren

Ich habe in den vergangenen 2 Jahren eine Impfung erhalten. Welche? _____

Gab es Operationen? Wo? Wann? _____

Von folgenden Genussmitteln verzehre ich zu viel: _____

In meiner Familie treten häufig bestimmte Krankheiten auf. Welche? _____

Ich habe **Allergien**: Nein Ja welche? _____

Ich leide unter **Osteoporose** Nein Ja Ich leide unter Arteriosklerose Nein Ja

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am _____ bei _____

Zum Thema Abrechnung

Krankenversicherung gesetzlich privat bei _____ Beihilfe Post B

Meine Praxis ist eine reine Bestellpraxis: um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Sollten Sie einmal einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so sagen Sie diesen bitte 24 Stunden vorher ab. Wird der Termin zu spät abgesagt und kann nicht neu vergeben werden, so bitte ich um Ihr Verständnis, dass ich Ihnen die Kosten für diesen Termin als Praxisausfallkosten nach BGB §252 in Rechnung stellen kann.

Die Abrechnung in meiner Praxis entspricht einer privaten Liquidation. Vertragspartner ist der Patient, nicht seine Krankenkasse. Sie sind daher unmittelbar zuzahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir.

- a) **Gesetzlich Versicherte:** Leider zahlen gesetzliche Krankenkassen in der Regel keine Heilpraktikerleistungen, daher müssen Sie die anfallenden Kosten selbst übernehmen. Die Kosten richten sich nach dem jeweiligen medizinischen Aufwand und orientieren sich an den Gesetzen der GebüH. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.
- b) **Privat Versicherte oder Patienten mit privater Zusatzversicherung:** Sie erhalten eine Rechnung laut Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH).

Anmerkung: In meiner Praxis wird diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit gearbeitet. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf meiner langjährigen Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich deshalb leider nicht garantieren.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme der Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

Nordwalde, den _____ Unterschrift _____



Naturheilpraxis Silvia Linnenbaum
Praxis für Amerikanische Chiropraktik
48356 Nordwalde, Am Tümpel 2
Tel.: 02573. 92 13 61
Mobil: 0173. 636 1757

Was wir noch sagen müssen – das KLEINGEDRUCKTE

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nehmen Sie sich noch 2 Minuten Zeit!

1. Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären“

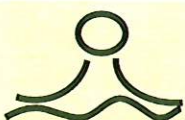
In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.

2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997 – 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandlung (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 ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden“.

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahme ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Nordwalde, den _____ Unterschrift X



Naturheilpraxis Silvia Linnenbaum
Praxis für Amerikanische Chiropraktik
48356 Nordwalde, Am Tümpel 2
Tel.: 02573. 92 13 61
Mobil: 0173. 636 1757