

Herzlich Willkommen bei Vital Life Amerikanische Chiropraktik!

Es gibt viele Gründe einen Chiropraktiker aufzusuchen, ob es Beschwerden im Bewegungsapparat sind, eine spezifische Erkrankung, oder um sich und seinem Wohlbefinden etwas Gutes zu tun.

In der Chiropraktik werden Ursachen behandelt, nicht deren Symptome.

Um mich mit Deiner Gesamtheit als Mensch, mit Deiner Lebensweise und Gewohnheiten vertraut zu machen, bringe bitte zu Deinem ersten Termin den ausgefüllten Anamnesebogen mit. Falls vorhanden, kannst Du auch aktuelle Röntgenbilder und MRT-Aufnahmen, bzw. deren Befunde mitbringen.

Beim ersten Termin findet eine Untersuchung Deines aktuellen Zustands, der Statik Deiner Wirbelsäule, sowie Deines allgemeinen Gesundheitszustandes statt.

Diese Untersuchung ist die Grundlage, um Deinen Behandlungsplan zu entwerfen.

Im Anschluss erfolgt die erste Justierung.

Ich lasse Dich danach nicht mit leeren Händen nach Hause gehen. Du erhältst eine Infomappe mit nützlichen Informationen zur Chiropraktik.

In regelmäßigen Abständen werde ich mit Dir Termine für Zwischenuntersuchungen einplanen. Durch nochmaliges Vermessen und Untersuchen kann überprüft werden, welche Fortschritte die Funktion Deines Nervensystems und Deine Wirbelsäule gemacht hat.

Es ist davon abzuraten die Therapie abrupt abubrechen.

Die besten Ergebnisse werden durch allmähliches Verzögern der Justierungsabstände erreicht, die später in einen regelmäßigen Prophylaxe-Terminen münden.

Bei Fragen kannst Du mich jederzeit ansprechen.

Auf zu neuer Lebensqualität!

Ihre Stefanie Nunn



Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. Priv.: _____ Tel. tagsüber: _____

E-Mail: _____

bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung:

Privat bei: _____

(Abrechnung nach Gebührenverordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Versicherung die Leistung übernimmt)

Zusatzversichert Heilpraktiker bei: _____

(Abrechnung nach Gebührenverordnung für Heilpraktiker, bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Versicherung die Leistung übernimmt)

Gesetzlich versichert bei: _____

Wie bist Du auf uns aufmerksam geworden?

Bekannte: _____

Internet-Suchmaschine (z.B. Google): _____

Warst Du schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

nein ja, zuletzt am: _____

Beruf: _____

Familienstand: ledig verheiratet

Kinder: nein ja, wie viele _____



Meine (Kranken-)Geschichte

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt mit Hilfsmitteln

Kinderkrankheiten: nein

_____ im Alter von _____ Jahren

Du hast/hattest (wo und wann):

Unfälle/Stürze: _____

Knochenbrüche: _____

Operationen: _____

Künstliche Gelenke: _____

Krebserkrankungen: _____

Erkrankungen: _____

Medikamente: Schmerzmedikamente: _____

Cortison

Blutverdünner

Sonstige: _____

Welche sind Deine momentanen Beschwerden?

Seit wann hast Du dieses Problem?

Tagen Wochen Monaten Jahren schon immer

Was war der Auslöser? _____

Ich bewerte meine Schmerzen auf einer Skala von 1-10: _____



Seitdem das Problem angefangen hat, ist es

- gleich geblieben besser geworden schlechter geworden

Dein Problem verschlimmert sich wenn: _____

Dein Problem verbessert sich wenn: _____

Dein Problem beeinträchtigt Dich beim: _____

Haben Voruntersuchungen (Röntgen, CT, MRT) stattgefunden?

- ja nein

Stehst Du zurzeit in ärztlicher oder anderer medizinischer (z.B. Physiotherapie) Behandlung?

- nein ja, in welcher _____

Hier findest Du Dich wieder

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> unmotiviert | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> kalte Hände/Füße |
| <input type="checkbox"/> schlechte Konzentration | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> nervöser Magen/Darm |
| <input type="checkbox"/> niedriges Energielevel | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> chronische Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisverlust | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Muskelverspannungen | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen | <input type="checkbox"/> übermäßiges Schwitzen |
| <input type="checkbox"/> Gemütsleiden | <input type="checkbox"/> Benommenheit | <input type="checkbox"/> unruhiger Schlaf |
| <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> Impulsivität | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Launigkeit | <input type="checkbox"/> schlechtes Immunsystem | |



Bist Du schwanger? nein ja, welcher Monat _____

Trinkmenge: _____ in Litern pro Tag

Auf einer Skala von 1-6 beschreibe bitte Deinen Stresslevel (1=gering/6=extrem)

Beruflich _____ Privat _____

Mein aktueller Gesundheitszustand würde ich wie folgt bewerten: _____%

Ich habe folgende Ziele mit der Behandlung:

kurzfristige Ziele: _____

langfristige Ziele: _____

Hamburg, den _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Behandler: _____



Die Packungsbeilage:

Risiken und Nebenwirkungen:

Die in unserer Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Dich über Gefahren von chiropraktischen und osteopathischen Maßnahmen aufzuklären. Nachfolgend 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 Heilberuf (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 Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagenen Operationen oder Behandlungen abgelehnt, oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.

Ich behalte mir vor, an einem Tag zu beraten, zu untersuchen und chiropraktisch zu behandeln.

Abrechnung:

Die Bezahlung des Termins erfolgt unmittelbar nach jeder Behandlung, entweder bar oder per EC-Lastschriftverfahren.

Gesetzliche Krankenversicherung:

Die Kosten werden nicht übernommen. Frage eventuell bei Deiner Krankenversicherung nach, ob Du eine Zusatzversicherung abschließen kannst, die die Kosten für Heilpraktiker-Leistungen vollständig, bzw. teilweise übernimmt.

Privat- oder Zusatzversicherung:

Du erhältst eine detaillierte Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch die Versicherung ist möglicherweise nicht, bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für die Erstattung keine Garantie. Bitte kläre dies vorher bei Deiner Versicherung ab.

Terminabsagen:

Kann ich einen Termin nicht wahrnehmen, muss ich mindestens 24 Stunden vorher telefonisch, per Anrufbeantworter, oder per Mail absagen.

Sage ich meinen Termin nicht wie oben beschrieben rechtzeitig ab, bin ich damit einverstanden, dass mir eine Ausfallpauschale in Höhe des Behandlungshonorars in Rechnung gestellt wird.



Einwilligung

Die Mitarbeiter der Praxis haben mich über Art, Umfang und Durchführung der Maßnahmen aufgeklärt. Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

Bitte unterzeichne Deine Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Dein Einverständnis zu obigen Angaben.

Hamburg, den _____

Unterschrift _____

Vielen Dank

Stefanie Nunn

Ich bin damit einverstanden, dass Vital Life Amerikanische Chiropraktik mich bei gegebenem Anlass kontaktieren darf.

Vital Life Amerikanische Chiropraktik setzt bei Bedarf folgende Kommunikationsmittel ein:

- Telefon
- E-Mail
- SMS

Hamburg, den _____

Unterschrift _____



Datenschutzrechtliche Einwilligung für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

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

Vital Life Amerikanische Chiropraktik
Stefanie Nunn
Breitenfelder Str. 6
20251 Hamburg

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 zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung der 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 dadurch 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 Angaben 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:

Vital Life Amerikanische Chiropraktik
Stefanie Nunn
Breitenfelder Str. 6
20251 Hamburg

