



Praxis für Chiropraktik
& Naturheilverfahren
Praxis für Physiotherapie
Fabian Sauvagnat

Fabian Sauvagnat – Gesundheitspraxis – Franckensteinstr. 3 – 77749 Hohberg-Hofweier

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Haben Sie Interesse weitere Informationen über unsere Praxis zu erhalten. Mit Ihrem Kreuz bestätigen Sie, dass wir Ihre E-Mail-Adresse dafür benutzen dürfen. Vielen Dank.

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden:

Krankenversicherung:

gesetzlich privat bei _____ Beihilfe Post B

Beruf: _____ ich sitze viel ich stehe viel ich arbeite körperlich

Sport: leider gar nicht gelegentlich regelmäßig viel

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet Kinder? Wie viele?

Haben Sie bereits an einem meiner Gesundheitsvorträge teilgenommen?

Ja, welchen: _____ nein

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? nein ja, bei Arzt Hausarzt

Heilpraktiker Name: _____

Tägliche Trinkmenge? _____ Stuhlgang wie oft? _____

Schlaf? _____

Mein momentaner Gesundheitszustand

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus präventiven Gründen hier.

Ich habe Beschwerden im Bereich:

Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule

Gelenke _____

andere Beschwerden

Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen.

Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen/ _____ Monaten/ _____ Jahren

Meine Beschwerden treten immer wieder auf.

Waren Sie damit schon in Behandlung?

nein ja, bei _____

Gab es eine Ursache? Autounfall Sturz weiß nicht andere:

Nehmen Sie Medikamente?

Schmerzmedikamente entzündungshemmende Medikamente Diabetes-Medikamente

Herz-bzw. Blutdruckmedikamente

Andere _____

Tragen Sie Schuheinlagen: Ja Nein

Schuherrhöhung bzw. Absatzerhöhung: nein ja, auf welcher

Seite? _____

Meine (Kranken-)geschichte

Geburt:

normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln

Andere Komplikationen _____

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

Nein Ja, welche? _____

_____ im Alter von: _____ Jahren

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

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der vergangenen Zeit? Keine

_____ Wann?

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann war das?

Gab es Operationen? Wo? Wann war das?

In meiner Familie treten häufig bestimmte Krankheiten auf. Welche?

Ich habe Allergien? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am _____ bei

Was trifft für mich zu?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsprobleme | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden | <input type="checkbox"/> Ich bin zufrieden |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Verspannungen |
| <input type="checkbox"/> Nagelprobleme | <input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Bindegewebsschwäche | <input type="checkbox"/> Kein Frühstück | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Tränensäcke | <input type="checkbox"/> Tote Zähne | <input type="checkbox"/> Menstruationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Amalgam Füllungen | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Hautirritationen | <input type="checkbox"/> Narben | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Morgens bin ich müde | <input type="checkbox"/> Wenig Obst u. Gemüse | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Keine Zeit zum Essen | <input type="checkbox"/> Ich möchte etwas verändern | <input type="checkbox"/> Mundgeruch |
| <input type="checkbox"/> Spätes Essen | <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> Nasenbluten |
| <input type="checkbox"/> Kontaktscheu | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Ängste |
| <input type="checkbox"/> Sportmuffel | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Herzrasen/stechen |

Liebe Patientin/ Lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich noch einmal einige Minuten Zeit und lesen Sie sich die nachfolgenden Zeilen aufmerksam durch. Ich verwende in meiner Praxis ausschließlich sehr sanfte amerikanische chiropraktische Techniken, trotzdem bin ich vom Gesetzgeber verpflichtet, Sie vor einer chiropraktischen Behandlung vollständig aufzuklären. Unten stehend finden Sie dazu zwei relevante Urteile deutscher Gerichte:

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

Als Abrechnungsgrundlage für Patienten mit einer privaten Krankenversicherung oder Patienten die neben der gesetzlichen Krankenversicherung eine Zusatzversicherung besitzen, steht einem Heilpraktiker das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) zur Verfügung. Privat- oder gesetzlichversicherte Patienten mit Zusatzversicherung erhalten nach jeder Behandlung eine in GebüH-aufgeschlüsselte Rechnung, die Sie dann bei Ihrer Krankenkasse einreichen können. Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Gesetzlich Versicherte Patienten ohne Zusatzversicherung, erhalten ebenfalls eine Rechnung aber ohne detaillierte Aufschlüsselung.

Einverständniserklärung:

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Behandlungsmaßnahmen und deren Risiken und Nebenwirkungen informiert wurde, den Behandlungsvertrag gelesen und verstanden habe.

Bei nicht erscheinen eines vereinbarten Termins, erlaube ich mir eine Versäumnispauschale von 30 € zu berechnen.

Ich bestätige, dass ich im Stande bin die anfallenden Kosten für die Behandlungsmaßnahmen selbst zutragen.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Hohberg, ____/____/____ Unterschrift _____

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten)