

# ANAMNESEBOGEN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
mit diesem Fragebogen erhebe ich im Vorfeld wichtige Daten, die mir helfen, Sie gründlich zu erfassen. Ich bitte Sie, ihn nach bestem Wissen auszufüllen. Bei Unklarheiten sprechen Sie mich bitte an. Lassen Sie sich Zeit beim Ausfüllen. Vielleicht müssen Sie ja auch noch etwas nachfragen oder nachschauen.  
Ihre Daten werden vertraulich behandelt, ich stehe unter ärztlicher Schweigepflicht!

Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Plz: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Rechnung per Email an: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

## WIE SIND SIE KRANKENVERSICHERT

- Gesetzlich bei der \_\_\_\_\_  Privat bei der \_\_\_\_\_  
 Beihilfe \_\_\_\_\_  Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

## WIE KOMMEN SIE ZU MIR

- Empfehlung von \_\_\_\_\_  Andere \_\_\_\_\_  
 Internet

## MOMENTANE BESCHWERDEN

### Ich habe

- Schmerzen  Taubheitsgefühl  Kraftverlust  Bewegungseinschränkung  
 Andere \_\_\_\_\_

### im Bereich

- Steißbein  Kreuzbein  Lendenwirbelsäule  Hüfte  untere Brustwirbelsäule  
 zwischen den Schulterblättern  obere Brustwirbelsäule  Halswirbelsäule  Kopf  
 Knie  Füße  Schulter  Ellenbogen  Hand  Kiefergelenk

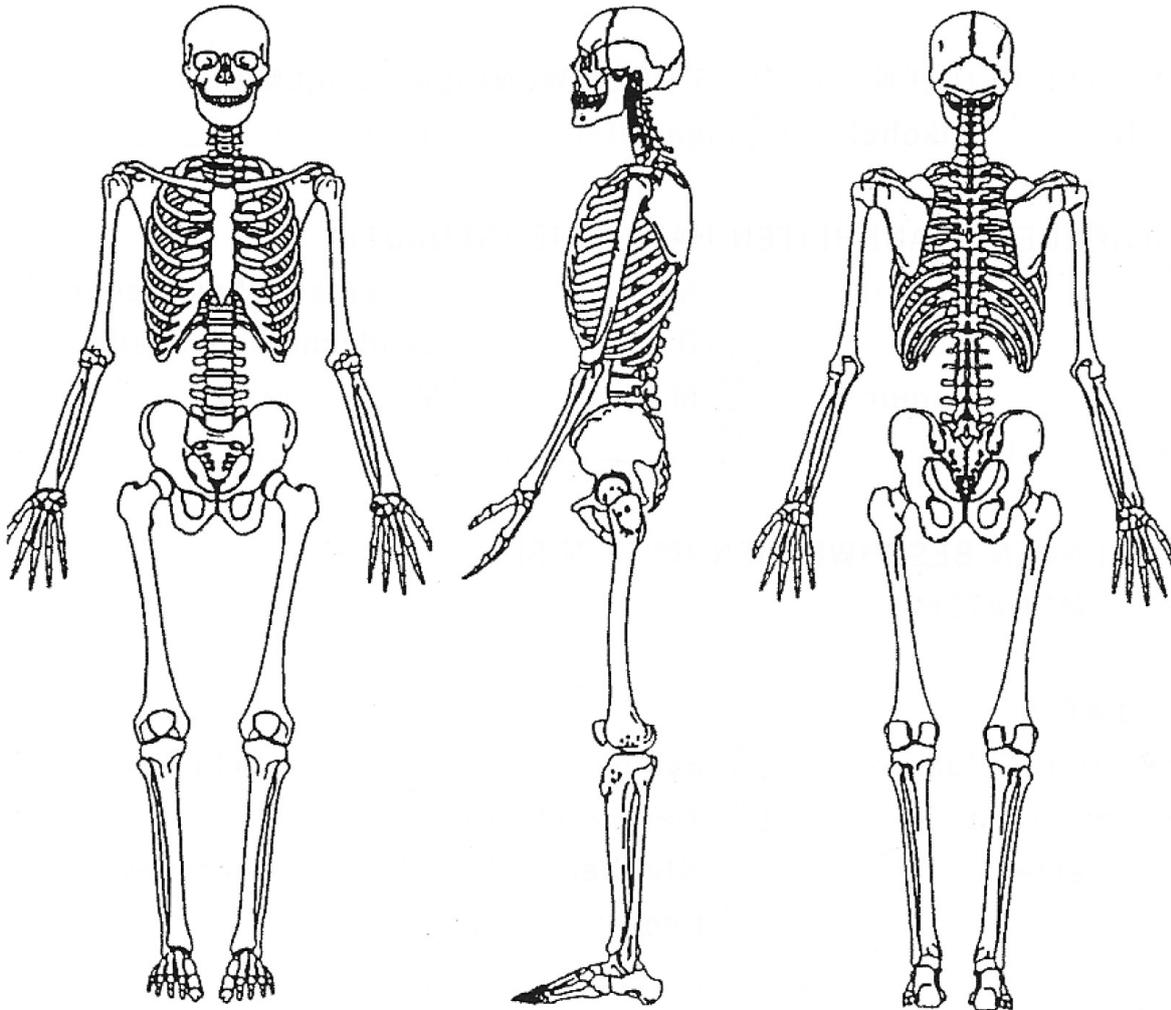
**DIE BESCHWERDEN SIND HAUPTSÄCHLICH**

links       rechts       mittig       beidseits

Ausstrahlungen \_\_\_\_\_

---

**BITTE DIE PROBLEMZONEN ANKREUZEN/ EINZEICHNEN**





## **DIE BESCHWERDEN**

bestehen seit \_\_\_\_\_  sind jetzt das erste Mal aufgetreten

kehren regelmäßig wieder seit \_\_\_\_\_  kehren unregelmäßig wieder

Wurden ausgelöst durch  Unfall  Fehlbewegung  Sturz  Stress  weiß nicht

Besserung durch \_\_\_\_\_

Verschlechterung durch \_\_\_\_\_

## **ZUSÄTZLICH GIBT ES ALLGEMEINE SYMPTOME**

Müdigkeit  Steifigkeit  Anlaufschwierigkeiten

Andere \_\_\_\_\_

## **WAREN SIE MIT DIESEN BESCHWEREN BEREITS IN BEHANDLUNG**

nein  ja, bei \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

bisherige Therapie \_\_\_\_\_

## **ES GIBT**

Röntgenbilder  MRT  CT  Andere \_\_\_\_\_

## **NEHMEN SIE MEDIKAMENTE GEGEN DIE BESCHWERDEN EIN**

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

## **KRANKENGESCHICHTE**

### **SIND SIE SCHON MAL OPERIERT WORDEN UND IN WELCHEM JAHR**

Halswirbelsäule \_\_\_\_\_  Brustwirbelsäule \_\_\_\_\_  Knie \_\_\_\_\_

Lendenwirbelsäule \_\_\_\_\_  Schulter \_\_\_\_\_  Hüfte \_\_\_\_\_

Ellenbogen \_\_\_\_\_  Handgelenk \_\_\_\_\_  Sprunggelenk \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_



**HATTEN SIE**

- Knochenbrüche \_\_\_\_\_
- Meniskusverletzungen \_\_\_\_\_
- Schleudertrauma \_\_\_\_\_
- Unfälle \_\_\_\_\_
- Bänderrisse \_\_\_\_\_
- Rippenprellung \_\_\_\_\_
- Steißbeinverletzung \_\_\_\_\_
- Stürze \_\_\_\_\_

**WELCHE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN HABEN/ HATTEN SIE**

- Osteoporose       MS       TIA       Herz-Kreislauf       Arthritis       TBC
- Arthrose       Polymyelitis       Schlaganfall       Schilddrüse       Diabetes
- Infarkt       Tumor       Morb. Scheuermann       Morb. Bechterew       Rheuma
- Leberenzündung       Rheumatisches Fieber       Bauchspeicheldrüse       Hirnhautentzündung
- Kinderkrankheit mit Komplikationen \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**HABEN SIE GEFÄßERKRANKUNGEN**

- nein       ja, und zwar \_\_\_\_\_

**WELCHE LANGZEITMEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN**

- \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT**

- nein       ja



### **AUFKLÄRUNG ÜBER EVENTUELLE GEFAHREN CHIROPRAKTISCHER MAßNAHMEN**

- Grundsätzlich ist jede Behandlung mit einem Risiko behaftet, sei es Chiropraktik, Akupunktur, Neuraltherapie oder anderen Methoden. (Auch eine Aspirin-tablette kann Magenbluten verursachen.)
- Bei den sanften chiropraktischen / osteopathischen Techniken ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert. Zu Zwischenfällen kommt es meist durch sogenannte Rotationstechniken, die ich in meiner Praxis nicht einsetze.
- Bei entsprechendem Verdacht werden grundsätzlich Röntgenaufnahmen, MRT oder andere klinische Untersuchungen hinzugezogen, um ein eventuelles Risiko aufzudecken.
- Anhand dieses ausführlichen Fragebogens und durch die umfangreichen Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen beziehungsweise im Vorwege festgestellt werden.
- Bei Unklarheiten sprechen Sie mit mir.

**Ich habe den Fragebogen vollständig gelesen und verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/Patienten



## **Behandlungsvertrag & Datenschutzerklärung**

Frau / Herr

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

und

Herr Heilpraktiker Alexander Haum,  
Angerbadergasse 6, 85354 Freising

**schließen folgenden Behandlungsvertrag**

### ***Vertragsgegenstand***

Der Patient nimmt eine chiropraktische/osteopathische Behandlung des Heilpraktikers in Anspruch.

### ***Honorar, Kostenerstattung***

Das Honorar für die Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand des Heilpraktikers. Das Honorar ist unmittelbar zur Zahlung fällig.

### ***Aufklärung / Hinweise***

Der Patient wird darauf hingewiesen, dass

- die Behandlung des Heilpraktikers eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Heilpraktiker unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem Heilpraktiker aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist.
- für die Erteilung einer Auskunft des Heilpraktikers an Dritte die schriftliche Einwilligung des Patienten erforderlich ist.
- die gesetzlichen Krankenversicherungen die Behandlungskosten des Heilpraktikers **nicht** übernehmen. Gesetzlich versicherte Patienten haben die Behandlungskosten selbst zu tragen.
- Mitglieder privater Krankenversicherungen oder Beihilfeberechtigte können einen (Teil-)Erstattungsanspruch der Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Der Patient hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Hierzu erforderliche Unterlagen (u.a. Rechnungen) händigt der Heilpraktiker dem Patienten aus. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Patienten unberührt.



### **Ausfallhonorar**

Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er dem Heilpraktiker ein Ausfallhonorar in Höhe von 50 Euro. Dies gilt nicht, wenn der Patient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt. Ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Heilpraktiker.

### **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 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.

**Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis.**

\_\_\_\_\_  
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:

Chirowerkstatt - Alexander Haum  
Angerbadergasse 6 85354 Freising