

Anamnesebogen

Vorname

Nachname

Handynummer

Email

Geburtsdatum

☐ WhatsApp

☐ Ich fülle den Bogen nicht für mich aus.

☐ Kind

☐ Jemand anderen

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Name der Krankenversicherung

☐ Privat

☐ Zusatzversicherung

☐ Beihilfe

☐ Gesetzlich versichert

Beruf

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Internet

☐ Zeitung

☐ Freunde/ Familie

☐ Andere:

Symptomatisch (Zutreffendes bitte markieren)

Haben Sie akute Schmerzen oder Symptome? ☐ Ja ☐ Nein

Wie lange bestehen diese?

Wie hat alles angefangen?

☐ Plötzlich ☐ Schleichend

Wie häufig sind die Symptome?

☐ Einmalig ☐ Unregelmäßig ☐ Konstant

☐ Täglich ☐ Wöchentlich ☐ Monatlich

Ich habe bereits besucht:

☐ Hausarzt ☐ Orthopäde ☐ Physiotherapeut

☐ Facharzt ☐ Krankenhaus ☐ Andere:

Verbessern sich die Symptome...

...mit Bewegung? ☐ Ja ☐ Nein

...in Ruhe? ☐ Ja ☐ Nein

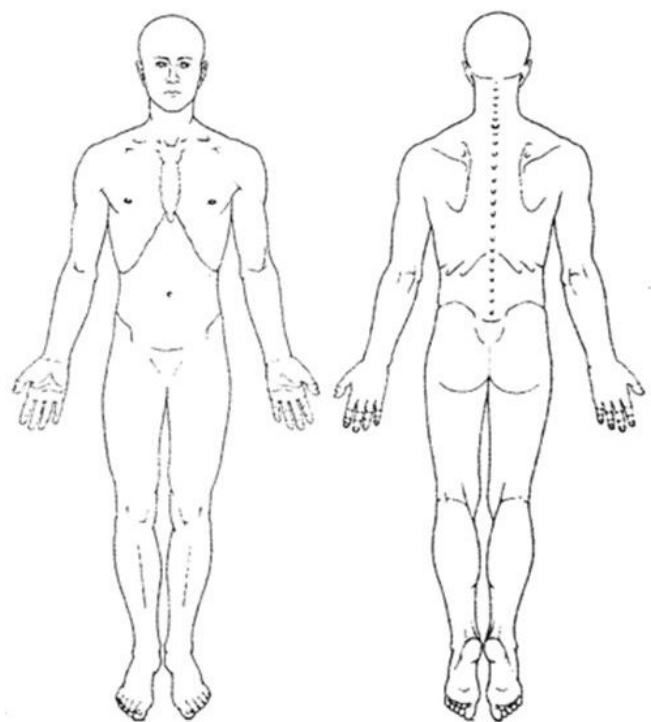
...im Tagesverlauf? ☐ Ja ☐ Nein

...durch kühlen? ☐ Ja ☐ Nein

...durch wärmen? ☐ Ja ☐ Nein

...mit Massagen? ☐ Ja ☐ Nein

Zeichnen Sie die Symptome hier ein.



Neurologisch (Zutreffendes bitte markieren)

- | | |
|--|--|
| ☐ Feine Bewegungen fallen mir schwer. | ☐ Schreiben strengt mich an. |
| ☐ Häufig Verspannungen /Schmerzen im Rücken. | ☐ Gerade Linien malen fällt mir schwer. |
| ☐ Balancieren mit geschlossenen Augen fällt mir schwer. | ☐ Ich bekomme schnell Schwindel. |
| ☐ Körperhaltung wird nach langem Sitzen schlecht. | ☐ Lesen wird mit der Zeit anstrengend. |
| ☐ Kopfschmerzen nach langem Lesen oder Arbeiten. | ☐ Ich laufe häufig gegen Gegenstände. |
| ☐ Gymnastik oder Yoga sind schwer umzusetzen. | ☐ Ich stolpere häufig oder knicke um. |
| ☐ Planen und ordnen von Gedanken fällt mir schwer. | ☐ Ich verlaufe mich schnell. |
| ☐ Schnell Entscheidungen zu treffen fällt mir schwer. | ☐ Ich vergesse, was ich sagen wollte. |
| ☐ Gespräche meide ich, weil sie mir schwerfallen. | ☐ Mir fallen die richtigen Worte nicht ein. |

Ich habe das Gefühl, das alles wird... ☐schlechter ☐besser

Risiken (Zutreffendes bitte markieren)

Ich habe, oder hatte eine oder mehrere der beschriebenen Erkrankungen:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Bandscheibenvorfall | ☐ Arthrose | ☐ Entzündliche Gelenkerkrankungen | |
| ☐ Herz- und/oder Gefäßerkrankungen | ☐ Erkrankungen des Nervensystems | | |
| ☐ Wiederholte Ohnmachtsanfälle | ☐ Tumor (z.B. Krebs) | | |
| Haben/Hatten Sie ... | ☐ Operationen | ☐ Künstliche Gelenke | ☐ Schuheinlagen |

Weitere:

Welche Medikamente (auch Pille) nehmen Sie regelmäßig ein?

☐ Keine

Folgende:

Frankenberg, den

Unterschrift des Heilpraktikers

Unterschrift des Patienten /
im Einverständnis aller Erziehungsberechtigten

Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag
zwischen dem Heilpraktiker Simon Mohr HP
und

Im Folgenden „Patient“ genannt.
wird mit Wirkung ab dem Datum
der beidseitigen Unterschrift abgeschlossen.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Oben angeführter Patient hat sich in Behandlung des o.a. Heilpraktikers und / oder deren angestellten Chiropraktikern begeben und nimmt eine naturheilkundliche Behandlung durch den Heilpraktiker und / oder dessen angestellte Chiropraktiker in Anspruch. Es besteht lediglich ein Behandlungsvertrag zwischen Simon Mohr und dessen angestellten Chiropraktikern und dem jeweiligen Patienten und nicht mit einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung.

§2 Honorare und Zahlungsmodalitäten

Die Honorare werden gemäß des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) herausgegeben von den Heilpraktikerverbänden 1985, Neuauflage 01.01.2002, in EUR berechnet. Das Gebührenverzeichnis kann in der Praxis eingesehen werden.

Oben angeführter Patient wurde darüber aufgeklärt und bestätigt dies durch Unterschrift, dass die Kosten einer Behandlung durch den Heilpraktiker und / oder dessen angestellte Chiropraktiker nicht durch eine gesetzliche Krankenversicherung erstattungsfähig sind und nicht in jedem Fall eine Erstattungsfähigkeit der entstehenden Behandlungskosten durch eine private Krankenversicherung bzw. im Rahmen der Beihilfe gegeben ist.

§ 3 Ausfallhonorar

Versäumt oben angeführter Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, verpflichtet er sich zur Zahlung eines Ausfallhonorars in Höhe von 30,00 EUR. Es sei denn, der Patient sagt den Termin mindestens 3 Stunden vor dem vereinbarten Zeitpunkt ab, oder trägt nachweislich kein Verschulden an der Nichtwahrnehmung des Termins. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein geringerer Schaden entstanden ist, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens für den Heilpraktiker und / oder dessen angestellten Chiropraktiker bleibt hiervon unberührt.

§ 4 Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen

In dieser naturheilkundlichen Praxis werden Methoden der Schulmedizin, der Naturheilkunde, der Komplementär- und Alternativmedizin angewandt. Diese werden durch die Schulmedizin teilweise nicht anerkannt, auch fehlen zum Teil naturwissenschaftlich anerkannte Beweise für Wirkung und Wirksamkeit. Wir haben bis zur medizinischen Notwendigkeit eines Wechsels als Behandlung-/Diagnoseverfahren die Durchführung und Anwendung der Chiropraktik vereinbart.

§ 5 Komplikationen

Mit einer kunstgerechten Justierung der Extremitätengelenke ist nahezu kein Risiko verbunden. Eine chiropraktische Behandlung an der Wirbelsäule birgt gewisse Risiken in sich, deren Auftreten auch bei kunstgerechter Anwendung nicht gänzlich auszuschließen ist:

Nach dem heutigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es keinen Hinweis, dass eine korrekt durchgeführte chiropraktische Behandlung an der Wirbelsäule eine Bandscheibenschädigung hervorrufen kann.

Bei einer schon bestehenden Bandscheibenvorwölbung oder bei einem auch möglicherweise bis dahin nicht bekannten Bandscheibenvorfall kann es auch bei kunstgerechter Anwendung in extrem seltenen Ausnahmefällen zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression mit Schmerzausstrahlung, Gefühlsstörung oder (noch seltener) Lähmungserscheinungen im Bereich der Arme oder Beine bzw. der Blase oder des Mastdarms kommen.

Dieses kann aber in einem solchen Fall auch durch Alltagsbewegungen oder Alltagsursachen, wie z.B. eine schnelle Drehung, ungeschicktes Bücken, das Anheben eines Gegenstandes oder Niesen ausgelöst werden. Tritt ein solches Ereignis jedoch ein, können u.U. länger dauernde oder weitere Schmerzen, Funktionsstörungen und Lähmungserscheinungen, die eine stationäre Behandlung und ggf. eine Bandscheibenoperation erfordern, die Folge sein.

Nach dem heutigen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es auch keinen Hinweis, dass die sachgerechte Durchführung einer chiropraktischen Justierung an der Halswirbelsäule eine Dissektion (Verletzung) gesunder hirnversorgender Halsgefäße primär verursacht.

Bei Patienten mit einer verminderten Belastbarkeit der Halsgefäße kann es aber unabhängig von einer Behandlung zu spontanen Einrissen und Schädigungen der Gefäßwand der Halswirbelsäulenschlagader kommen, ohne dass eine von außen kommende Verletzung des Gefäßes vorausgegangen ist. Diese sogenannte Spontandissektionen (= Gefäßschädigung) sind nicht immer erkennbar. Bei einer nicht erkennbaren Gefäßschädigung kann es aber in extrem seltenen Ausnahmefällen, wie auch durch andere schnelle Bewegungen, zum Ablösen eines Blutgerinnsels kommen, das entweder das Blutgefäß verlegen oder direkt zu einer Schädigung von Hirnabschnitten im Sinne eines Schlaganfalls führen kann. Dabei handelt es sich um eine gefährliche Komplikation, die lebensbedrohlich sein kann und eine sofortige Versorgung im Akutkrankenhaus erfordert.

Über die speziellen erkrankungsbezogenen Risiken des oben genannten Patienten und die damit verbundenen möglichen Komplikationen informiert der Heilpraktiker und/oder dessen angestellter Chiropraktiker im Aufklärungsgespräch näher.

Der Heilpraktiker und/oder dessen angestellter Chiropraktiker wird eine Behandlung nur durchführen, wenn sie bei dem Patienten keine Faktoren sieht, die auf ein erhöhtes Risiko für die gewählte Behandlungsmethode hindeutet. Selbstverständlich kann der Heilpraktiker und/oder dessen angestellter Chiropraktiker keine Garantie für den Behandlungserfolg übernehmen. Es ist ferner nicht auszuschließen, dass es in sehr seltenen Fällen bei dem Patienten auch zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Beschwerden kommen kann.

Der oben aufgeführte Patient fragt im Aufklärungsgespräch nach allem, was ihm unklar und wichtig erscheint.

Als Patient bestätige ich hiermit, dass ich rechtzeitig über Art, Umfang, Durchführung, der möglicherweise zu erwartenden Folgen und Risiken der Chiropraktik/Naturheilkunde sowie der Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten der Diagnose und Therapie sowie evtl. Alternativen aufgeklärt wurde (Analog §§ 630 a-h BGB). Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich in verständlicher Form umfassend informiert. In die vorgeschlagene chiropraktische Behandlung willige ich hiermit nach angemessener Bedenkzeit ein.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

§ 6 Haftungsausschlussklausel

Der Heilpraktiker und/oder dessen angestellten Chiropraktiker haftet /haften unbeschränkt für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

Für einfache Fahrlässigkeit haften der Heilpraktiker und /oder dessen angestellten Chiropraktiker außer im Falle der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit nur, sofern wesentliche Vertragspflichten verletzt werden. Die Haftung ist begrenzt bis zu einem Betrag in Höhe von 10.000.000 EURO bei Personen- und/oder Sachschäden sowie in Höhe von 100.000 EURO bei Vermögensschäden je Schadenereignis, höchstens jedoch 200.000 EUR je Versicherungsjahr.

Die Haftung für mittelbare und unvorhersehbare Schäden, entgangenen Gewinn, ausgebliebene Einsparungen und Vermögensschäden wegen Ansprüchen Dritter, ist im Falle einfacher Fahrlässigkeit - außer im Falle der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit - ausgeschlossen. Eine weitergehende Haftung als in diesem Vertrag ist - ohne Rücksicht auf die Rechtsnatur des geltend gemachten Anspruchs - ausgeschlossen. Vorstehende Haftungsbeschränkungen bzw. -ausschlüsse gelten jedoch nicht für eine gesetzlich zwingend vorgeschriebene verschuldensunabhängige Haftung.

Soweit die Haftung zuvor ausgeschlossen oder beschränkt ist, gilt dies auch für die persönliche Haftung der Angestellten, Vertreter und Erfüllungsgehilfen des Heilpraktikers und/oder dessen angestellten Chiropraktiker.

Frankenberg, den

Unterschrift des Heilpraktikers

Unterschrift des Patienten /
im Einverständnis aller Erziehungsberechtigten

Datenschutzerklärung

Sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.
Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren,

zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet und welche Rechte für Sie damit verbunden sind.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Simon Mohr
Baderberg 11, 09669 Frankenberg/ Sa.
info@mohr-chiropraktik.de
Telefonnummer: **037206-893016**

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben,
um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.
Die Erhebung dieser Daten erfolgt,

- um Sie als Patient identifizieren zu können
- um eine Diagnose stellen zu können
- um Sie angemessen behandeln und beraten zu können
- zur Korrespondenz mit Ihnen
- zur Rechnungsstellung
- zur Abwicklung von evtl. vorliegenden Haftungsansprüchen, sowie der Geltendmachung etwaiger Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag
- um eine Terminverwaltung (online und offline) zu ermöglichen

Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Therapeuten, Krankenkassen, Labore, Dienstleister von Practicehub, Lexware oder Abrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben z.B. aus steuerlichen Gründen, sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.
Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Widerspruchsrecht:

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben. Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an uns.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Sachsen Devrientstraße 5, 01067 Dresden

Telefon: 0351-85471 101

Fax: 0351-85471 109

E-mail: post@sdtb.sachsen.de

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h)

DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Frankenberg, den

Unterschrift des Heilpraktikers

Unterschrift des Patienten /
im Einverständnis aller Erziehungsberechtigten

Mohr Chiropraktik Frankenberg
Simon Mohr Heilpraktiker

Baderberg 11
09669 Frankenberg

Tel.: 037206-185593
info@mohr-chiropraktik.de
www.mohr-chiropraktik.de