



Sehr geehrte Patientin/sehr geehrter Patient,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Krankengeschichte. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, den Fragebogen vollständig und gründlich zu beantworten.

Bitte beachten Sie dabei die 24 h - Absagefrist. Eine kostenfreie Stornierung eines gebuchten Termins ist **bis 24 h vor Ihrem Termin** (zuzüglich Wochenende und Feiertage) per Email möglich (info@chiropraktiksauerborn.de).

**Mit der Buchung Ihres Termins erkennen Sie an**, dass Ihnen bei Nichteinhaltung eines Termins die vorgesehene Zeit und Vergütung in Rechnung gestellt werden kann, es sei denn Ihr Fernbleiben war unverschuldet, in diesem Fall sind die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen und ggf. nachzuweisen.

---

Vor – und Nachname

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

---

Telefon (Handy und/oder privat)

---

Geburtsdatum

Email

---

Berufliche Tätigkeit

---

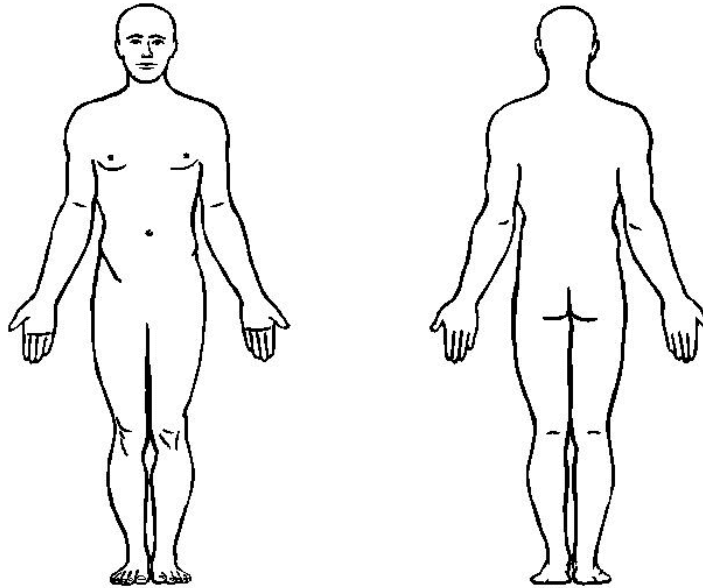
Name der Versicherung     gesetzlich     privat

1) Welcher Grund bringt Sie zu mir?

Vorsorge

Beschwerden/Schmerzen

- 2) Bitte kennzeichnen Sie den Bereich Ihrer Beschwerden und markieren Sie ausstrahlende Schmerzen mit einem Pfeil, Kribbeln/Taubheit mit kleinen Kreuzen



- 3) Wie äußern sich die Beschwerden?
- 4) Bei Schmerzen, wie fühlen sich diese an? (Ziehen/Stecken/Pochen/Brennen, etc.)
- 5) Seit wann bestehen die Beschwerden? Gab es einen Auslöser?
- 6) Wann treten die Beschwerden normalerweise auf? (morgens/im Laufe des Tages/abends/nachts)
- 7) Die Beschwerden werden schlechter bei/mit:

Die Beschwerden werden besser bei/mit:

- 8) Sind die Beschwerden konstant oder wechselhaft? Wie regelmäßig treten sie auf?

- 9) Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 1 – 10:
- 10) Hatten Sie in der Vergangenheit schon ähnliche Beschwerden? Wenn ja, wann?
- 11) Wurden Sie deswegen schon einmal behandelt? Wenn ja, von wem, wann und wie lange?
- 12) Hat diese Behandlung Erfolg gehabt?
- 13) Gibt es Röntgenbilder oder MRT/CT Aufnahmen? Wenn ja, von welcher Körperregion und von wann wurden diese Aufnahmen gemacht?
- 14) Hatten Sie irgendwann schon einmal einen Unfall? (Auto, Fahrrad, Sportunfall, Sturz, etc.)
- 15) Hatten Sie jemals Knochenbrüche? Wenn ja, wo genau und weswegen?
- 16) Sind Sie jemals operiert wurden? Wenn ja, wo und warum?
- 17) Nehmen Sie Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel?
- 18) Leiden Sie unter Verdauungsbeschwerden?
- 19) Sind oder waren Sie von einer Erkrankung betroffen? (z.B. Schilddrüsenunterfunktion, Herzkrankheiten, Diabetes, Schlaganfall, Krebs, etc.)
- 20) Wird Ihnen manchmal schwindelig? Wenn ja, wie oft und beschreiben Sie den Schwindel (Drehen, Schwanken, Benommenheit, etc.)

- 21) Treiben Sie Sport? Wenn ja, was genau und wie regelmäßig?
- 22) Rauchen Sie?
- 23) Tragen Sie Einlegesohlen? Wenn ja, mit oder ohne Hackenerhöhung (auf welcher Seite)?
- 24) Wie viele Stunden schlafen Sie nachts im Durchschnitt? In welcher Position normalerweise?
- 25) Befinden Sie sich zurzeit in zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung? Fehlen Zähne bzw. besteht eine Lücke? Bitte beschreiben Sie wo.
- 26) Tragen Sie nachts eine Schiene? Wenn ja, ist diese für den Ober – oder Unterkiefer?
- 27) Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich und wann ist der errechnete Geburtstermin?
- 28) Handelt es sich dabei um Ihre erste Schwangerschaft?
- 29) Ist eine natürliche Entbindung oder ein Kaiserschnitt geplant?
- 30) Was sind ihre Erwartungen an mich und wie würden Sie ihr Behandlungsziel formulieren?

## Aufklärung

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeübt, bietet die Chiropraktik eine risikoarme Behandlungsmöglichkeit von Erkrankungen biomechanischen Ursprungs. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Risiken aufzuklären.

Werden Gelenke an Armen und Beinen chiropraktorisch korrekt behandelt, sind damit keine bekannten Risiken verbunden.

Studien zeigen, dass das Risiko einer Verletzung/Schädigung der Halswirbelsäulenschlagader durch eine chiropraktorische Manipulation der HWS extrem gering ist. Nur in 0,64 von 1.000.000 Fällen kann es zu einem Schlaganfall kommen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass bei Patienten mit vorgeschädigten Blutgefäßen (Risikofaktoren: Rauchen, Übergewicht, Diabetes etc.) auch normales Alltagsverhalten, wie der Schulterblick beim Autofahren oder ein Friseurbesuch, zu einer solchen Komplikation führen könnte.

Die chiropraktorische Behandlung der Lenden- und Brustwirbelsäule ist ebenfalls sehr risikoarm. Nur in 1:100.000 Fällen könnte eine Nervenschädigung auftreten mit Schmerzausstrahlung, Gefühlsstörungen und/oder Lähmungserscheinungen. Dabei ist zu beachten, dass auch alltägliches Verhalten wie Husten, Niesen oder Bücken gleiche Folgen mit sich ziehen könnten.

### Behandlungsreaktionen:

Nach der Behandlung treten manchmal innerhalb der ersten 48 Stunden muskelkaterähnliche Schmerzen auf. Diese Reaktion ist normal und ungefährlich und verschwindet in der Regel wieder schnell. Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein gewisses Instabilitätsgefühl kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit einstellen.

### Einverständniserklärung:

Ich fühle mich ausreichend über die Risiken chiropraktorischer Behandlungen informiert. Ich habe die obigen Ausführungen dazu gelesen und bin mit der Behandlung einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patientin oder Erziehungsberechtigte(r)

## Einverständniserklärung zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Behandler und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die ich erhebe. Ich übermittele Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Ich bewahre Ihre Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und auch die Berichtigung dieser Daten zu verlangen.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patientin oder Erziehungsberechtigte(r)