



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir heißen Sie in der Praxis **Körperbalance Thomas Kirfel** herzlich Willkommen!

Wir wünschen Ihnen, dass unsere Justierungen und sonstigen Behandlungen auch bei Ihnen in kürzester Zeit zum erwünschten Erfolg führen.

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um unseren Anamnesebogen vollständig auszufüllen, damit wir Sie optimal behandeln können.

Diese Informationen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und sind keinen Dritten zugänglich!

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer, privat/ geschäftlich \_\_\_\_\_ **E-Mail-Adresse** \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Mobilnummer \_\_\_\_\_ WhatsApp? \_\_\_\_\_

Empfohlen von: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung.**  gesetzlich bei \_\_\_\_\_  Zusatzversichert für HP bei \_\_\_\_\_

Privat versichert bei \_\_\_\_\_  Beihilfe  Post B

**Beruf** \_\_\_\_\_  Ich sitze viel  Ich stehe viel  Ich arbeite körperlich

**Sport**  Ja. Welche Art : \_\_\_\_\_

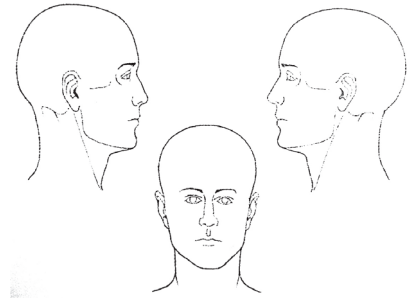
**Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?**  nein  ja, bei  Arzt  Hausarzt  Heilpraktiker  Psychologe/Psychotherapeut

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

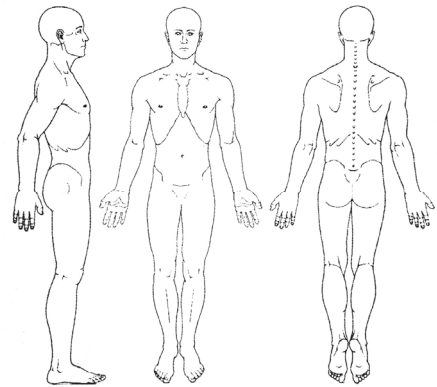
**Aktuelles Befinden:**

**Lokalisation von Schmerzen und Beschwerden**

- Ich habe Beschwerden im Bereich:
- |  |  |                                |                                 |
|--|--|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> Schulter      | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule  | <input type="checkbox"/> Oberarm       | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule   | <input type="checkbox"/> Ellenbogen    | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Brustkorb         | <input type="checkbox"/> Hüfte         | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Kopf              | <input type="checkbox"/> Unterarm      | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Gesicht           | <input type="checkbox"/> Knie          | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Oberbauch         | <input type="checkbox"/> Hand          | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Unterbauch        | <input type="checkbox"/> Fuß           | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Psychisch         | <input type="checkbox"/> Unterschenkel | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |
|  | <input type="checkbox"/> Oberschenkel  | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts |



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



Meine Schmerzen/Beschwerden	Grad 0–10	Bemerkungen

Meine Beschwerden sind chronisch seit \_\_\_\_\_ Wochen \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Jahren

**Was ist das Hauptproblem?** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bisher gestellte Diagnosen: \_\_\_\_\_

**Bisherige Diagnostik:**

Labor     MRT/CT     Röntgen     HWS     BWS     LWS     Becken    Wenn jünger als 2 Jahre, wann? \_\_\_\_\_

**Welche Art von Behandlungen haben Sie in den letzten 2 Jahren erhalten?**

\_\_\_\_\_

**Unfälle/Stürze:** \_\_\_\_\_

wann: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie**

**Medikamente?**  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

**Ich trage Einlagen:**  nein  ja

**Ich trage einseitige Absatzerhöhungen:**  nein  ja, links  ja, rechts

**Gab es Kinderkrankheiten mit Komplikationen?**

nein  wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Gab es nennenswerten Krankheiten in der Kindheit?**

keine  ja, welche \_\_\_\_\_  
im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

**Gab es Operationen?**

nein  ja, wo und wann \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**Waren Sie schon einmal in chiropraktischer und/ oder osteopathischer Behandlung?**

nein  ja, zuletzt am: \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

**Zahnprobleme**

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_ letzter Zahnarztbesuch wann? \_\_\_\_\_

**Zahnmetalle**

nein  ja, welche (Amalgam, Gold, Titan usw ...) \_\_\_\_\_

**Sanierung**

nein  ja, wann? \_\_\_\_\_

**Kiefergelenksprobleme**

bekannte CMD

**Brillenträger/Kontaktlinsen**

nein  ja      Kurzsichtig  nein  ja      Weitsichtig  nein  ja       seit wann? \_\_\_\_\_

**Sonstige Symptome:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schnelle Gewichtszunahme                | <input type="checkbox"/> Übergewicht                  | <input type="checkbox"/> Müdigkeit                |
| <input type="checkbox"/> Schnelle Gewichtsabnahme                | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen      | <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen      |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung                             | <input type="checkbox"/> Haarausfall                  | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen          |
| <input type="checkbox"/> Ich bin unzufrieden                     | <input type="checkbox"/> Durchfall                    | <input type="checkbox"/> Blähungen                |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in meinem Leben etwas ändern | <input type="checkbox"/> Sodbrennen                   | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme       |
| <input type="checkbox"/> Essen schlingen                         | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                   | <input type="checkbox"/> Hautirritationen         |
| <input type="checkbox"/> Morgens bin ich müde                    | <input type="checkbox"/> Kontaktscheu                 | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Nagelprobleme                           | <input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen            | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden             |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen                   | <input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Kein Frühstück           |
| <input type="checkbox"/> Sportmuffel                             | <input type="checkbox"/> Keine Zeit zum Essen         | <input type="checkbox"/> Verspannung              |
| <input type="checkbox"/> Spätes Essen                            | <input type="checkbox"/> Steifheit                    | <input type="checkbox"/> Orangenhaut              |
| <input type="checkbox"/> Instant-Produkte + Fast-Food            | <input type="checkbox"/> Bindegewebsschwäche          | <input type="checkbox"/> Tränensäcke              |
| <input type="checkbox"/> Wenig Obst und Gemüse                   | <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsstreifen     | <input type="checkbox"/> Grobporige Haut          |
| <input type="checkbox"/> Narben                                  | <input type="checkbox"/> Optimist                     | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme           |
| <input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit                        | <input type="checkbox"/> Pessimist                    | <input type="checkbox"/> Unerfüllte Sexualität    |
| <input type="checkbox"/> Traurigkeit                             | <input type="checkbox"/> Ängste                       | <input type="checkbox"/> Erschöpfung              |
| <input type="checkbox"/> Herzdruck                               | <input type="checkbox"/> Schwindel                    | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen            |
| <input type="checkbox"/> Augenprobleme                           |   |   |



## Zu guter Letzt - DAS KLEINGEDRUCKTE

### Allgemeine Aufklärungspflicht

Ich sehe mich im Stande, die Kosten, d.h. das Praxishonorar und die Laborkosten, selbst zu bezahlen.

Lieber Patient,

die in unserer Praxis durchgeführten Therapieverfahren sind sanfte, schmerzlose, auf den jeweiligen Körper ausgerichtete Justierungen, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären.

### Bitte nehmen Sie noch 2 Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgericht 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 14U 44/96)  
„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chiropraktischen 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 und dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“*

Ich wurde / werde über evtl. Risiken bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich (auch mündlich) in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Wurden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) und schulmedizinische Medikamente abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Unsere Behandlungen und Untersuchungen stellen eine Ergänzung zu schulmedizinischen Behandlungen und Untersuchungen dar. Sie ersetzen nicht den Arzt. (Dieser Satz ist uns gesetzlich vorgeschrieben)

### Zur Untersuchung

Alle Untersuchungsergebnisse, Laboruntersuchungen werden dem Patienten als Original oder Kopie ausgehändigt und eingehend erklärt.

*Bitte bringen Sie vorhandene Laboruntersuchungen, Krankenberichte, Röntgenbilder etc. zum Ersttermin mit in die Praxis. Sollten Sie keine aktuellen Röntgenbilder Ihrer Wirbelsäule haben (älter als 2 Jahre), wenden Sie sich an Ihren Arzt und erneuern Sie diese.*

### Zum Thema Abrechnung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit uns sind.

- a) Sind Sie **gesetzlich versichert**, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. Die Kosten der empfohlenen Behandlungen und Laboruntersuchungen werden Ihnen, soweit zu übersehen, nach der ersten Aufnahme- Untersuchung sofort mitgeteilt. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung und ist in Bar oder per EC-Cash gegen Quittung und/ oder Rechnung möglich.
- b) Sind Sie **privat- oder zusatzversichert** erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) und bei spezieller Sachlage nach GOÄ.  
Anmerkung: Wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf unserer langjährigen Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Wir behalten uns vor, an einem Tag zu beraten und zu untersuchen und chiropraktisch oder mittels weiterer Therapien zu behandeln. Für eine volle Erstattung unserer Leistungen können wir leider nicht garantieren.  
Eventuell anfallende Laborkosten werden direkt vom Labor an Sie berechnet.

### Bezüglich der Terminvereinbarung

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen bis 24 Stunden vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin nicht berechnet werden. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB § 252 berechtigt, Ihnen die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen. Der ausgefallene, nicht abgesagte Termin verfällt auch bei bereits geleistetem Honorar.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.