



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Liebe/r Patient/in,

herzlich Willkommen in der Chiropraxis Carola Fischer.

Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen des Anamnesebogens einen Moment Zeit.
Bei Fragen helfen wir gerne.

Vielen Dank!

Das Formelle zuerst

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Wir möchten Sie regelmäßig über unsere Leistungen, Veränderungen und Hintergründe zu unserer Arbeit informieren. Mit Ihrem Kreuz bestätigen Sie, dass wir Ihre E-Mail-Adresse dafür benutzen dürfen. Vielen Dank.

Empfohlen von: _____

Krankenversicherung: gesetzlich bei _____ privat bei _____
 Beihilfe Post B

private Zusatzversicherung bei: _____

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

Sport: leider gar nicht gelegentlich regelmäßig viel

Ich bin zur Zeit Single Ich lebe in Partnerschaft Kinder? Wie viele? _____

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

Name / Ort: _____

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

So geht es mir im Moment

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen 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 wegen Ihrer Beschwerden bereits in Behandlung? nein ja

Bei wem: Arzt Arzt für Chirotherapie Heilpraktiker Osteopath Physiotherapie

Diagnose: _____

Name/ Anschrift: _____

Gab es eine Ursache? Autounfall Sturz weiß nicht andere: _____

Nehmen Sie Medikamente?

Nehmen Sie aktuell Medikamente: nein ja

Schmerzmittel: _____

Entzündungshemmer: _____

Herz/Kreislauf: _____

Antibiotika (in den letzten 6 Monaten) _____

andere Medikamente: _____

Ich trage Einlagen: Nein Ja

Ich trage einseitige Absatzerhöhung: nein ja, links ja, rechts

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Ich und meine (Kranken-)Geschichte

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln

andere Komplikationen _____

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

Nein Ja, welche? _____

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

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der Kindheit: Keine

_____ im Alter von: _____ Jahren

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? _____

Von folgendem Genussmittel verzehre ich zu viel _____

In meiner Familie treten häufig bestimmte Krankheiten auf. Welche? _____

Ich nehme chronische Medikamente ein Nein Ja, welche? _____

Ich habe Allergien? Ja Nein

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, zuletzt am _____ bei _____

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Hier finde ich mich wieder

- schnelle Gewichtszunahme
- Müdigkeit
- Schlafstörungen
- Verdauungsprobleme
- Sodbrennen
- Hautirritationen
- Rheumatische Beschwerden
- Nagelprobleme
- Starkes Schwitzen
- Stimmungsschwankungen
- Schlechtes Allgemeinbefinden
- Orangenhaut
- Bindegewebsschwäche
- Tränensäcke
- Schwangerschaftsstreifen
- Grobporige Haut
- Übergewicht
- Verstopfung
- Durchfall
- Blähungen
- Essen schlingen
- Morgens bin ich müde
- Hämorrhiden
- Kein Frühstück
- Keine Zeit zum Essen
- Spätes Essen
- Instant-Produkte + Fast-Food
- Wenig Obst und Gemüse
- Amalgam -Füllung
- Tote Zähne
- Narben
- Ich bin zufrieden
- Ich möchte in meinem Leben etwas ändern
- Einsamkeit
- Kontaktscheu
- Eltern sind doof
- Schokolade find ich richtig lecker!
- Sportmuffel
- Verspannung
- Steifheit

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Gab es irgendwann Reaktion auf eine Lokale Betäubung beim Zahnarzt oder nach Operationen?

Hautauschlag, Jucken, Brennen, Geschwollene Lippen/ Augenlider, Luft not, Beklemmungsgefühl,
Herzrasen, niedriger/hoher Blutdruck, Zittern, Bewusstlosigkeit, Schwindel, Übelkeit/Erbrechen,
Metallsicher Geschmack auf der Zunge, Krampfanfälle ?

nein

ja

Fragen zur Gesundheit

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Rauchen Sie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wie viel: _____ |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wie oft _____ |
| Hobbys/Sport | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wie oft _____ |
| Sitzende/Stehende Arbeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wie lange pro Tag: _____ |
| Schwere körperliche Arbeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Essen Sie regelmäßig Gemüse/Obst | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wie oft _____ |
| Essen Sie regelmäßig Seefisch | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wie oft _____ |
| Essen sie Wurst/Fleisch | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wie oft _____ |
| Schlafen Sie nachts durch | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

Wie häufig werden Sie wach: _____

Haben Sie einen der folgenden Erkrankungen (gehabt)

- | | | | |
|----------------------|-------------------------------|------------------------------|-------|
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Asthma | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Krebs | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, | _____ |
| Multipl. Sklerose | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Neurodermitis | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Häufig blaue Flecken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Häufig Fieber | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Starken Durst | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

Ich habe **Narben (Op/ Unfälle etc.)**

Zahnschiene Zahnspange Amalganfüllung tote Zähne Einlagen

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht:

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria,
Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, Tuberkulose,
weitere: _____

Gab es nennenswerte Erkrankungen im Kindesalter? _____

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Familienanamnese

Gabe es Erkrankungen (Eltern, Großeltern, Geschwister) im Bereich:

Herz- Kreislauf/ Gefäße	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche : _____
Herzinfarkt /Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Krebs	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welcher: _____
Multiples Sklerose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Neurodermitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____

Beschwerden im Kopfbereich

Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wie häufig _____
morgens, abends, Stirn, Augen, Schläfenregion, Hinterkopf, einseitig rechts - links, beidseitig, halbseitig			
Schwindel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann: _____
Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wie häufig/seit wann _____
Augen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Weitsichtig- Kurzsichtig, Grauer- Grüner Star Verschwommenes Sehen, Doppelbilder, Schwarze Punkte Sonstiges: _____
Ohren:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	rechts-links, Schmerzen, vermehrtes Sekret, Mittelohrentzündung akut- chronisch Tinnitus, seit: _____ Schwerhörigkeit, seit: _____
Zähnen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welcher Art: _____
Zähneknirschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wurde bei Ihnen Amalgam entfernt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann: _____
Mit Kofferdarm	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nase	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welcher Art _____
Häufige Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Heute - als Kind, operativ Entfernt (wenn ja, wann) wie häufig pro Jahr: _____
Heiserkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie lange: _____
Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Unterfunktion- Überfunktion, Knoten, Vergrößerung Autoimmundefekt, Medikamente _____ Operation, wenn ja, wann: _____

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Beschwerden im Brust- und Bauchbereich

- | | | | |
|--------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Herz- | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Stechen, Druckgefühl, Beklemmung,
Rhythmusstörungen, Herzjagen, Herzstolpern,
Infarkt, wann: _____ |
| Gefäße | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Blutdruck zu hoch- zu niedrig, Verkalkte Gefäße
kalte Finger- Füße, Schmerzen in den Beinen oder
Füßen Gefühlsstörung in den Beinen oder Füßen
Krampfadern, Füße manchmal geschwollen |
| Lunge | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Husten- Auswurf, wie lange: _____
Atemnot, Asthma bronchiale, Bronchitis akut- chr.
COPD, Lungenemphysem,
Operation wenn ja wann: _____ |
| Magen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Bauchschmerzen, Druckgefühl im Magen, Gastritis,
Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Übelkeit - Erbrechen
Sodbrennen, Widerwillen gegen Fleisch
Beschwerden vor- nach dem Essen,
Unverträglichkeit scharfen, fettigen oder rohem Essen
In den letzten 6 Monaten mehr als zu oder
abgenommen 5 kg |
| Darm | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Bauchschmerzen Verstopfung, Durchfall,
unregelmäßig Verdauung: _____ x Tag/ Woche
Schmerzhaft, übelriechend, Blähungen
Infektionen, Polypen, M.Crohn, Colitis ulcerosa
Schmerzen, wo- seit wann: _____
Blut im Stuhl seit wann : _____
Farbveränderung: _____
Anderes: _____ |
| Galle | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Steine, Koliken, Druckgefühl im Oberbauch,
Fettunverträglichkeit, OP wann: _____ |
| Leber | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Hepatitis A-B-C, Leberzirrose |

urologische Beschwerden und Beschwerden im Genitalbereich

- | | | | |
|-------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Niere | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Probleme beim Wasserlassen → Schmerzen, Brennen
den Urin nicht halten können,
Nächtliches Wasserlassen,
Veränderung der Farbe und Aussehen
Geruch nach: _____
Schmerzen in der Nierengegend
Nierensteine, Entzündungen, Koliken |
|-------|-------------------------------|-----------------------------|---|

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Häufig geschwollene Augenlider/ Hände/Füße	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Prostata	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Vergrößerung, Entzündung, Sekret austritt OP wann: _____
Gynäkologie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Ausfluss, Eierstockentzündung, Tumore, Zysten, Myome, Pilzinfektionen, Geschlechtskrankheiten, Beschwerden in der Brust (Knoten, Sekret etc.) Sonstiges: _____
Schwanger	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Woche/ Monat : _____
Vorherige SS	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wie viele: _____
Gab es Komplikationen bei der Entbindung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welcher Art: _____ am Termin, > 2 Wochen vor/nach Termin Normalgeburt, Zange/Saugglocke, Kaiserschnitt Komplikationen: _____ _____
Ausschabung – Fehlgeburt			wann: _____
Verhütungs-Mittel Beschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welches: _____
Regel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Krämpfe, Schmerzen, Kreislaufschwierigkeiten geringe-normale-starke Blutung, Erste Regel mit _____ Zyklusdauer: _____ Klimaterische Beschwerden: _____
Sexualität	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vermindert, erhöht, unbefriedigt, Potenzstörung, Beschwerden beim Sex Anderes: _____

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Beschwerden im Rücken, an den Armen, an den Beinen, Hautbeschwerden

- | | | | |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Arme | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Verletzung, Tennis- Golferellebogen, Kribbeln
Kalte Hände, Taubheit |
| Beine | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Verletzung, Schmerzen, Krampfadern,
kalte Füße, Kribbeln, Taubheit. |
| Rücken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Nackenschmerzen, Lendenschmerzen,
Kribbeln, Taubheit
Muskelschmerzen, Bewegungseinschränkung
Gefühl das etwas „klemmt“
Sonstiges: _____ |
| Gelenke | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Rheuma, Versteifung, Arthrose, Kalkablagerung
Knie, Schulter, Hüfte
Weitere: _____
OP, wann: _____ |
| Haut- Nägel | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Juckreiz, Verbrennungen, Ekzeme, Geschwüre,
Warzen, Pilze, |
| Starkes Schwitzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Hitzewallungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Narben | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wo: _____ |

(Bitte alle Narben angeben bzw. zeigen)

Weitere Beschwerden

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Schlechtes Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Stimmungs-Schwankungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Verspannungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Innere Unruhe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Konzentrationsverlust | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Empfindlich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Unentschlossen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Irritiert | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Lustlos | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Ohne Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Traurigkeit/ Niedergeschlagenheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Stress | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Fühlen Sie sich durch den Alltag gestresst (Arbeit, Schule, Verpflichtungen) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Macht Ihnen d. Thema Geld sorgen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Haben Sie Zeitmangel | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Weiteres: _____ | | |

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Ihr erster Besuch bei uns

In unserer Praxis herrschen Ruhe und Gelassenheit. Terminstress ist nicht gut für den Heilungsprozess. Daher haben wir für Ihre erste Untersuchung und Behandlung ein Zeitfenster von mindestens 60 Minuten exklusiv reserviert. Das ausführliche Gespräch mit Ihnen, die Untersuchung und Ihre erste Behandlung werden etwa 45 Minuten Zeit in Anspruch nehmen.

Auch nach Ihrem ersten Termin werden Sie in unserer Praxis nicht lange warten müssen. Meist ist es so, dass Ihre Justierung, ohne jede Verzögerung, beginnt, wenn Sie in der Praxis eintreffen. Das liegt daran, dass wir Ihre Behandlungszeit exklusiv für Sie reservieren.

Heute warten viele Neupatienten auf ihren ersten Termin bei uns. Wir können diese Menschen erst dann terminieren, wenn unsere bestehenden Patienten ausreichend versorgt sind. Umso ärgerlicher ist es in einer solchen Situation, wenn ein Patient sehr kurzfristig absagt. Es ist für uns unmöglich, in den dann zur Verfügung stehenden wenigen Stunden, Folgetermine so zu verschieben, dass ein neuer Patient die freigewordene Zeit füllen kann.

Terminabsagen zwei **Werktag**e vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin werden nicht berechnet. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB/§ 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (die vereinbarte Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Bitte unterzeichnen Sie hier Ihre Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis mit der vorstehenden Regelung.

Bochum, den _____ Unterschrift _____

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Wir sind Mitglied in folgenden Verbänden:

- Deutsch Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik (Mitgliedsnummer 166)
- Verband freier Osteopathen e.V. (Mitgliedsnummer 5)
- Dachverband der Osteopathen Deutschlands (Mitgliedsnummer 14)

Behandlungskosten

Eine osteopathische Behandlung oder chiropraktische Justierung berechnen wir in der Regel pauschal mit 50,00 €. (Dauer: ca. 20 Minuten)

Ihre erste Untersuchung und Anamnese berechnen wir pauschal mit 90,00 €. (Dauer ca. 45 Minuten)

In diesen Kosten sind Kleinmaterialien und Nebenkosten bereits enthalten. Auch der Scan der Wirbelsäule mit dem Insight Millennium System ist in den Kosten der Erstuntersuchung bereits enthalten.

Rechnungsstellung

Unser Honorar ist unmittelbar nach der Behandlung in bar oder per EC-Karte zu begleichen. Hierdurch sparen wir erhebliche Verwaltungskosten. Wir beteiligen Sie an diesen Einsparungen: Wir reduzieren den Rechnungsbetrag auf 45,00 €.

Wenn Sie ein Zahlungsziel vereinbaren wollen, teilen Sie uns dies bitte mit. Dann erhalten Sie Ihre Rechnung über die SoliPrax Abrechnungsgemeinschaft. Das hat für Sie den Vorteil, dass Sie ein erheblich längeres Zahlungsziel haben. Für uns hat diese Zusammenarbeit den Vorteil, dass wir uns auf Ihre Gesundheit konzentrieren können. Die Administration überlassen wir der SoliPrax Abrechnungsgemeinschaft. Zusätzliche Kosten entstehen Ihnen durch diesen Service nicht.

Weitere Informationen zu den Behandlungskosten

Weitere Informationen für gesetzlich Versicherte

Die AOK NordWest hat unsere Praxis in das Osteopathenverzeichnis aufgenommen und übernimmt 80% der osteopathischen Behandlungskosten in unserer Chiropraxis (sechs Behandlungen jährlich, höchstens 60,- € pro Behandlung).

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob und unter welchen Voraussetzungen Ihnen die Behandlungskosten erstattet werden.

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Weitere Informationen für Privatversicherte

Versicherte bei Privatkassen sollten in ihren Versicherungsunterlagen prüfen, in welchem Umfang der Leistungsträger die Erstattung der Heilpraktikerkosten übernimmt. Grundsätzlich erfolgt die Abrechnung auf Grundlage der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH) aus dem Jahre 1985 in der Neuauflage 2002 in Euro. Privatkassen übernehmen die Kosten für Behandlungen in der Regel vollständig, soweit die Erstattung von Heilpraktikerleistungen nicht vertraglich eingeschränkt ist. Unsere Leistungen berechnen wir - ähnlich wie bei gesetzlich Versicherten - mit ca. 50,00 €.

Weitere Informationen für Beihilfeversicherte

Beihilfeversicherte unterliegen den gleichen Bestimmungen wie Privatversicherte. Beihilfekassen erstatten meist den geringsten Gebührensatz der GebüH oder orientieren sich an den einfachen Gebührensätzen der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Auch Beihilfekassen übernehmen in Verbindung mit der Beihilfe(ergänzungs)versicherung die Kosten für Behandlungen in der Regel vollständig, soweit die Erstattung von Heilpraktikerleistungen nicht vertraglich eingeschränkt ist.

Weitere Informationen für Zusatzversicherte

Patienten, die in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und zusätzlich eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben, die den Heilpraktiker mit einschließt, entnehmen aus ihren Versicherungsunterlagen, wie die Bedingungen gestaltet sind. Je nach Versicherungsanbieter variieren die Leistungen:

- Erstattung aller Heilpraktikerkosten in Höhe des einfachen Satzes der GOÄ oder GebüH.
- Erstattung aller Heilpraktikerkosten bis zu einem bestimmten Höchstbetrag pro Jahr.
- Anteilige Erstattung bis zu einem vereinbarten Prozentsatzes der Liquidation.
- Erstattung eines gewissen Prozentsatzes der Heilpraktikerkosten bis zu einem Höchstbetrag pro Jahr.

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 und osteopathisch*" zu behandeln. Für eine volle Erstattung unserer Leistungen können wir leider nicht garantieren.

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer



Chiropraxis Bochum

Praxis für amerikanische Chiropraktik
ganzheitliche Schmerztherapie
strukturelle Osteopathie

Carola Fischer

(Heilpraktikerin, Chiropraktikerin, Schmerztherapeutin)

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7949 1893
info@chiropraxis-bochum.de
www.chiropraxis-bochum.de

Was wir noch sagen müssen – das Kleingedruckte

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Die in unserer Praxis durchgeführte Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir durch die Rechtsprechung dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nehmen Sie sich noch 2 Minuten Zeit!

Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 - 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.“

Urteil des OLG Stuttgart (von 20.02. 1997 – 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.“

Mit Ihrer Unterschrift auf dieser Seite bestätigen Sie, dass Sie über Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt wurden und erklären sich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Einverständniserklärung

Soweit Sie Ihre Rechnung nicht in bar oder mit Ihrer EC-Karte begleichen, wird die Abrechnungsstelle SoliPrax e.K. mit der Rechnungsabwicklung beauftragt. Für diesen Zweck werden die erforderlichen Daten übermittelt. Dabei werden die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz strikt eingehalten.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Zustimmung zur Übermittlung Ihrer Daten unter den vorstehenden Voraussetzungen und bestätigen, dass Sie über mögliche Risiken einer chiropraktischen Behandlung aufgeklärt wurden.

Bochum, den _____ Unterschrift _____

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2014 Chiropraxis Bochum
Carola Fischer