

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

1. URTEIL DES OBERLANDESGERICHTS 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 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 Beschwerde 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.“

Grundsätzlich ist jede Behandlung mit einem Risiko behaftet, egal in welcher medizinischen Fachdisziplin.

DR. WASE  
CHIROPRAKTIKER



NAZARY  
SELIGENSTADT

### Einverständniserklärung

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.

### Im Falle eines minderjährigen Patienten:

Hiermit bestätige ich als erziehungsberechtigter Person „mit Ausweiskopie“, dass mein Kind chirotherapeutisch behandelt werden darf. Name der minderjährigen Person: \_\_\_\_\_

### Terminvereinbarung

1. Die Termine erfolgen nach Vereinbarung der Parteien und sind verbindlich.
2. Ist der Patient verhindert und kann zum vereinbarten Termin nicht erscheinen, so hat er drei Werktage vor der vereinbarten Zeit den Termin abzusagen.
3. Kommt er dieser Pflicht nicht nach, wird ein Betrag von 100,00 € netto berechnet.
4. Erscheint der Patient zum vereinbarten Termin verspätet, so verkürzt sich die Behandlungsdauer um die Zeit der Verspätung.

### Honorar und Fälligkeit

1. Die Erstbehandlung beträgt aufgrund der aufwendigeren Anamnese und Behandlung 150 €. Die Dauer der Erstbehandlung beträgt ca. 60 Min.
2. Die Folgebehandlungen nach 10-14 Tagen nach der Erstbehandlung betragen 100-150 €. Die Dauer der Folgebehandlung beträgt zwischen 30-60 Min.
3. Zuschlag außerhalb der Sprechzeiten beträgt 25 €.
4. Aufwendung für Kinesiologische Tapes trägt der Kunde selbst, diese betragen je nach Aufwand zwischen zehn und zwanzig Euro.
5. Das Honorar ist nach Erhalt der Rechnung sofort fällig.
6. Die Zahlung des Rechnungsbetrages hat auf folgendes Konto zu erfolgen:

Inhaber: Wase Nazary

IBAN:

BIC:

Bankverbindung:

### Versicherungsschutz

Der Chirotherapeut versichert das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung.

### Gerichtsstand

Der Gerichtsstand ist Seligenstadt.

Hiermit bestätigt der Klient/ die Klientin, dass er/sie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Kenntnis genommen hat und akzeptiert:

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Name & Unterschrift

Ort

Datum

## Persönliche Angaben des zu Behandelnden

### zu behandelnde Person:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

### Name des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

### Anschrift der zu behandelnden Person:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Ihre (Kranken-) Geschichte

Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Ihre eigene Geburt:  normale Geburt  Kaiserschnitt  Geburt mit Hilfsmitteln  
 Komplikationen \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_  ich sitze viel  ich arbeite körperlich  ich stehe viel

Sport:  keinen  gelegentlich  regelmäßig  viel  früher Leistungssport  
Welchen? \_\_\_\_\_  
Welchen? \_\_\_\_\_

### Sind Sie aktuell in Behandlung?

nein  
 ja, bei  Arzt  Physiotherapeut  Heilpraktiker  Osteopath

wegen: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name und Praxisort): \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Empfehlung durch : \_\_\_\_\_ Internet

anderweitig: \_\_\_\_\_

Name & Unterschrift

Ort

Datum

**Ich habe Beschwerden im Bereich:**

	leicht – mittel – stark			seit		
<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	_____ Wochen	_____ Jahren
<input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	_____ Wochen	_____ Jahren
<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Tagen	_____ Wochen	_____ Jahren
<input type="checkbox"/> andere Gelenke _____				_____ Tagen	_____ Wochen	_____ Jahren

**Meine Beschwerden sind:**

- Schmerzen  Bewegungseinschränkung  
 Taubheitsgefühl  Schwäche

**Gab es eine Ursache?**

- Autounfall  weiß nicht  
 Sturz  andere \_\_\_\_\_

**Waren Sie damit schon in Behandlung?**

- nein  ja, bei:  Arzt  Heilpraktiker  Osteopath  Chiropraktiker

Diagnose/n: \_\_\_\_\_

Therapie: \_\_\_\_\_ (seit) wann: \_\_\_\_\_

**Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung?**

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

**Ich habe Beschwerden, oder ich leide an:**

	leicht – mittel – stark			leicht – mittel – stark		
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verspannung im Nacken-/Schulter-Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unterkieferbeschwerden z.B. Knacken, Bissstellung falsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einschlafen/Taubheit/Prickeln von Händen oder Fingern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche z.B. Rauschen/Pfeifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Finger-/Handgelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehen von Schlieren / Punkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ellenbogenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schultergelenkprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stechen im Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Skoliose ist mir bekannt (S-Form der Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ziehen/Stechen in Po/Hüfte/Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häufiges Umknicken mit dem Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kniebeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ich habe ungleich lange Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sprunggelenks-/Fußschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ich habe eine Absatzerhöhung oder Fußkeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <u>Ich habe / hatte Einlagen</u>						

Name & Unterschrift

Ort

Datum

**Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen bei Ihnen?**

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

**Ich habe Allergien**  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie Unfälle?**  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie Frakturen/Knochenbrüche?** Wo und wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sind Operationen durchgeführt worden?** Was/Wann wurde operiert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Röntgen/CT/MRT** Was/Wann wurde aufgenommen? \_\_\_\_\_  
(Bitte Bilder/CD zum Termin mitbringen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bekannte Vorerkrankungen?**

z.B. Krebs / Bandscheibenvorfall / Osteoporose / rheumatoide Polyarthritits oder ähnliches/Bluthochdruck

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente?**  nein

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzmedikamente      | <input type="checkbox"/> entzündungshemmende Medikamente | <input type="checkbox"/> Lipid-Senker (Statine)      |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva          | <input type="checkbox"/> Herz- / Blutdruckmedikamente    | <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente | <input type="checkbox"/> Kortison                        | <input type="checkbox"/> andere: _____               |

Name & Unterschrift

Ort

Datum