



**Chiropraxis
Carola Fischer**

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7946 3171
gesund@chiropraxis-fischer.de
www.chiropraxis-fischer.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: _____

Waren Sie schon einmal 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
© 2020 Chiropraxis - Carola Fischer – Bochum
Seite 1 von 11



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

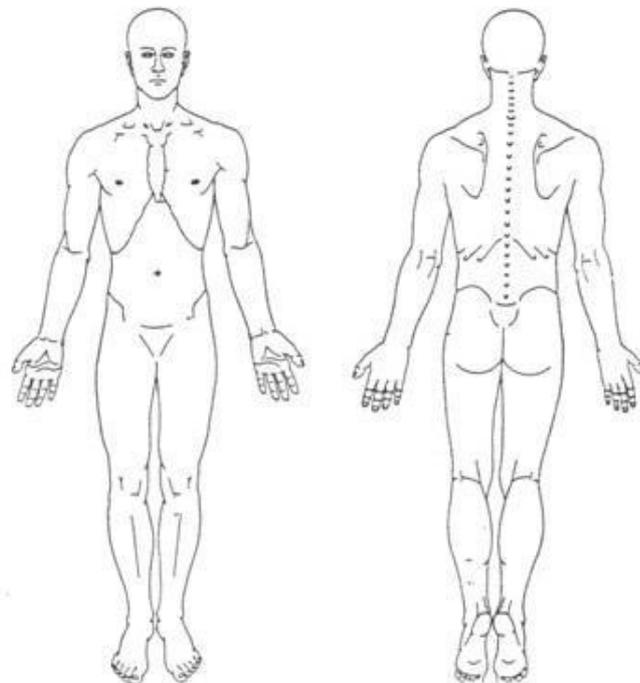
Bei wem: Arzt Arzt für Chirotherapie Heilpraktiker Osteopath Physiotherapie

Diagnose: _____

Name/ Anschrift: _____

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

**Bitte markieren Sie die
Körperteile,
die betroffen sind**



Mitgliedschaften:

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





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? _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente: nein ja

Schmerzmittel: _____

Entzündungshemmer: _____

Herz/Kreislauf: _____

Antibiotika (in den letzten 6 Monaten) _____

andere Medikamente: _____

Ich habe Allergien? Nein Ja

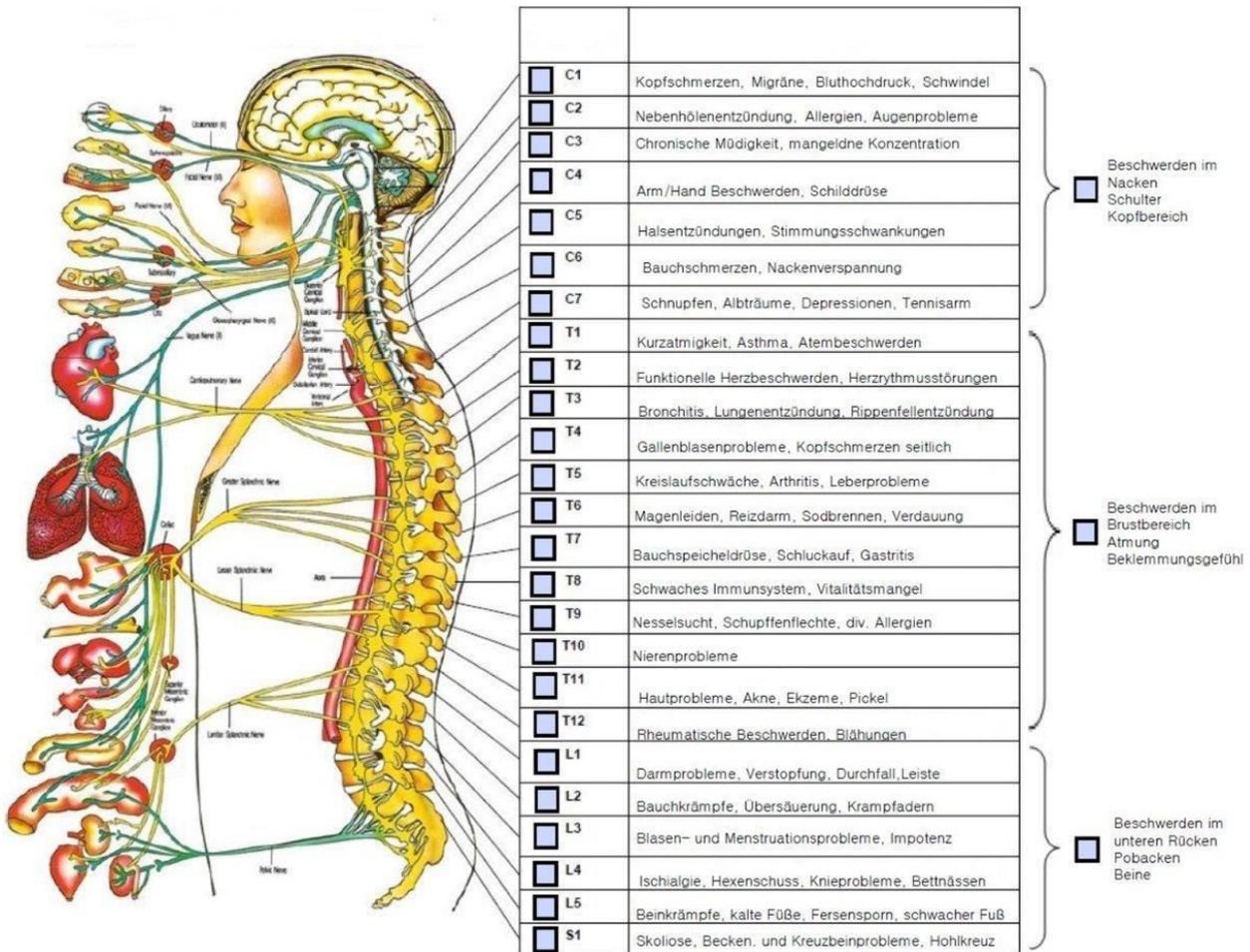
Ich trage Einlagen: Nein Ja

Ich trage eine Schuherhöhung Nein Ja

Mitgliedschaften:

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





Hier finde ich mich wieder

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

Mitgliedschaften:

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





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 nein ja Wie viel: _____
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol nein ja Wie oft _____
- Hobbys/Sport nein ja Wie oft _____
- Sitzende/Stehende Arbeit nein ja Wie lange pro Tag: _____
- Schwere körperliche Arbeit nein ja
- Essen Sie regelmäßig Gemüse/Obst nein ja Wie oft _____
- Essen Sie regelmäßig Seefisch nein ja Wie oft _____
- Essen sie Wurst/Fleisch nein ja Wie oft _____
- Schlafen Sie nachts durch nein ja

Wie häufig werden Sie wach: _____

Haben Sie einen der folgenden Erkrankungen (gehabt)

- Herzinfarkt nein ja
- Schlaganfall nein ja
- Asthma nein ja
- Diabetes mellitus nein ja
- Krebs nein ja, _____
- Multiples Sklerose nein ja
- Rheuma nein ja
- Neurodermitis nein ja
- Häufig blaue Flecken nein ja
- Häufig Fieber nein ja
- Starken Durst nein 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? _____





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 Kofferdamm	<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.





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.





Häufig **geschwollene Augenlider/ Hände/Füße** nein ja

Prostata nein ja Vergrößerung, Entzündung, Sekret austritt
OP wann: _____

Gynäkologie nein ja Ausfluss, Eierstockentzündung, Tumore, Zysten,
Myome, Pilzinfektionen, Geschlechtskrankheiten,
Beschwerden in der Brust (Knoten, Sekret etc.)
Sonstiges: _____

Schwanger nein ja Woche/ Monat : _____

Vorherige SS nein ja wie viele: _____

Gab es Komplikationen bei der Entbindung
 nein ja welcher Art: _____
am Termin, > 2 Wochen vor/nach Termin
Normalgeburt, Zange/Saugglocke, Kaiserschnitt
Komplikationen: _____

Ausschabung – Fehlgeburt wann: _____

Verhütungs-Mittel nein ja welches: _____

Beschwerden
Regel nein ja Krämpfe, Schmerzen, Kreislaufschwierigkeiten
geringe-normale-starke Blutung,
Erste Regel mit _____
Zyklusdauer: _____
Klimaterische Beschwerden: _____

Sexualität nein 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.





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

- | | | | |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| Arme | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Verletzung, Tennis- Golferellobogen, 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.





Chiropraxis
Carola Fischer

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7946 3171
gesund@chiropraxis-fischer.de
www.chiropraxis-fischer.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 Zeitfenstervon 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 **Werktage** 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 _____

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 personenbezogenen Daten unter den vorstehenden Voraussetzungen.

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
© 2020 Chiropraxis - Carola Fischer – Bochum
Seite 10 von 11



Chiropraxis
Carola Fischer

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7946 3171
gesund@chiropraxis-fischer.de
www.chiropraxis-fischer.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!

Bochum, den _____ Unterschrift _____

Datenschutzhinweis nach DSGVO

Unsere Datenschutzerklärung liegt in der Praxis zur Einsicht aus und ist auf der Website <http://www.chiropraxis-fischer.de/datenschutzerklaerung.html> einzusehen.

EU Business
German Business
Awards 2019

Best Chiropractic & Osteopathy Clinic - Ruhr



CorporateLiveWire
INNOVATION
& EXCELLENCE
AWARDS 2020

WINNER

Chiropractic Clinic of the Year

Mitgliedschaften:

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



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2020 Chiropraxis - Carola Fischer – Bochum
Seite 11 von 11