

## Chiropraktische Befundaufnahme – Funktionsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich heiße Sie in meiner Praxis herzlich willkommen!  
Ich wünsche Ihnen, dass meine Justierungen und Behandlungen auch bei Ihnen in kürzester Zeit zum erwünschten Erfolg führen.  
Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den Aufnahmebogen vollständig auszufüllen, damit ich Ihre Gesundheit und Lebenssituation besser verstehen und Sie optimal behandeln kann.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

empfohlen von \_\_\_\_\_

Diese Informationen unterstehen selbstverständlich der Schweigepflicht und sind keinem Dritten zugänglich.

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

Sport ☐ Ja. Welche Art \_\_\_\_\_

Lebenssituation ☐ Ich lebe in einer Partnerschaft ☐ ledig ☐ geschieden  
☐ Kinder? Wenn ja, wieviele? \_\_\_\_\_

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

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

Nehmen Sie Medikamente? ☐ nein ☐ ja, welche \_\_\_\_\_

Gab es Operationen? ☐ nein ☐ ja, wo und wann \_\_\_\_\_

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

Meine Beschwerden/Schmerzen hindern mich an ... \_\_\_\_\_

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

## So geht es mir im Moment:

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

☐ Ich habe Beschwerden im Bereich

- |  |                                     |  |                                     |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule   | <input type="checkbox"/> Schulter   | <input type="checkbox"/> Hüfte         | <input type="checkbox"/> Kopf       |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule  | <input type="checkbox"/> Oberarm    | <input type="checkbox"/> Knie          | <input type="checkbox"/> Gesicht    |
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> Oberschenkel  | <input type="checkbox"/> Brustkorb  |
|  | <input type="checkbox"/> Unterarm   | <input type="checkbox"/> Unterschenkel | <input type="checkbox"/> Oberbauch  |
|  | <input type="checkbox"/> Hand       | <input type="checkbox"/> Fuß           | <input type="checkbox"/> Unterbauch |
|  |                                     |  | <input type="checkbox"/> Psychisch  |

Wie äußern sich diese Beschwerden ?

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ziehen/Stechen | <input type="checkbox"/> Druck       | <input type="checkbox"/> Rötung         |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln       | <input type="checkbox"/> Brennen     | <input type="checkbox"/> Schwellung     |
| <input type="checkbox"/> Taubheit       | <input type="checkbox"/> Hitzegefühl | <input type="checkbox"/> pulsierend     |
| <input type="checkbox"/> Ameisengefühl  | <input type="checkbox"/> Kältegefühl | <input type="checkbox"/> sonstige _____ |

Wie würden Sie die Intensität Ihrer Schmerzen auf einer Skala von 1-10 bewerten ?

( 1 bedeutet sehr gering , 10 sehr stark)

- ☐ 1- 3                      ☐ 4 - 6                      ☐ 7 - 10

Wie häufig treten diese Beschwerden auf ?

- ☐ zum ersten mal                      ☐ regelmäßig                      ☐ sonstige \_\_\_\_\_

Meine Beschwerden sind vorhanden seit

- ☐ Tagen                      ☐ Wochen                      ☐ Monaten                      ☐ Jahren

Der Beginn der Beschwerden war

- ☐ plötzlich                      ☐ langsam schlimmer geworden

Unfälle/Stürze:

- ☐ nein                      ☐ ja, wann \_\_\_\_\_

Ich trage Einlagen:                      ☐ nein                      ☐ ja

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

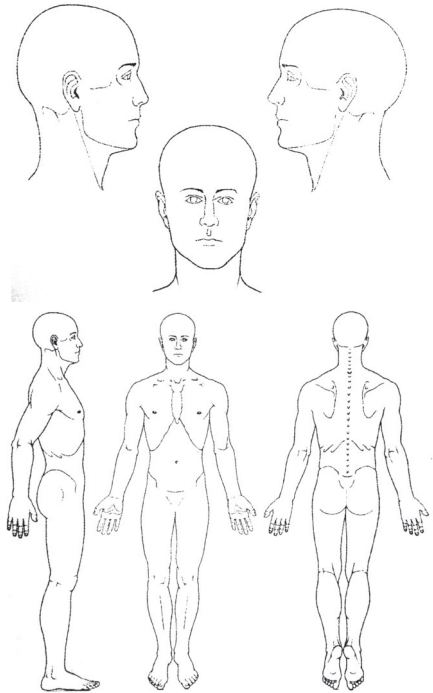
Zahnprobleme                      ☐ nein                      ☐ ja, welche? \_\_\_\_\_

Kiefergelenksprobleme                      ☐ nein                      ☐ ja, bekannte CMD

### Hier finde ich mich wieder

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen         | <input type="checkbox"/> Erschöpfung              | <input type="checkbox"/> Schnelle Gewichtszunahme                |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Allergien                | <input type="checkbox"/> Schnelle Gewichtsabnahme                |
| <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen     | <input type="checkbox"/> Hautirritationen         | <input type="checkbox"/> Starkes Schwitzen                       |
| <input type="checkbox"/> Schwindel               | <input type="checkbox"/> Grobporige Haut          | <input type="checkbox"/> Schlechtes Allgemeinbefinden            |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit               | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden | <input type="checkbox"/> Ich möchte in meinem Leben etwas ändern |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen           | <input type="checkbox"/> Blähungen                | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen                   |
| <input type="checkbox"/> Augenprobleme           | <input type="checkbox"/> Verstopfung              | <input type="checkbox"/> Ich bin unzufrieden                     |
| <input type="checkbox"/> Ohrprobleme             | <input type="checkbox"/> Durchfall                | <input type="checkbox"/> Erschöpfung                             |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden         | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Spätes Essen                            |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden         | <input type="checkbox"/> Blasenleiden             | <input type="checkbox"/> Instant-Produkte + Fast-Food            |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden    | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme           | <input type="checkbox"/> Wenig Obst und Gemüse                   |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden        | <input type="checkbox"/> Unerfüllte Sexualität    | <input type="checkbox"/> Kein Frühstück                          |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme      | <input type="checkbox"/> geschwollene Beine       |  |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen              | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden             |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                |   |  |

Bitte markieren Sie die Beschwerdezone (n)



## Was ich Ihnen noch sagen muss – Das Kleingedruckte

### Liebe Patientin, lieber Patient,

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

### Bitte nehmen Sie sich noch 2 Minuten Zeit.

#### 1) Urteil des OLG 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 OLG 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, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Ich wurde/ werde über evt. Risiken bzw. Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich (auch mündlich) in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden.

Werden evt. bereits vom Arzt vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) und schulmedizinische Medikamente abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Meine Behandlung und Untersuchung stellen eine Ergänzung zur schulmedizinischen Behandlung und Untersuchung dar.

Sie ersetzen nicht den Arzt. (Dieser Satz ist mir gesetzlich vorgeschrieben)

### zum Thema Abrechnung

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner sind.

Sie erhalten eine Rechnung laut Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH).

**Anmerkung:** Ich arbeite in meiner Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohle Ihrer Gesundheit.

Die Kombination von Maßnahmen basiert auf meiner langjährigen Erfahrung und wird individuell Ihrer Beschwerden angepasst. Einige private Krankenversicherungen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden.

Ich behalte mir vor, an einem Tag zu beraten, zu untersuchen und chiropraktisch zu behandeln.

Für eine volle Erstattung kann ich nicht garantieren. Für die Erstaufnahme incl. Befundungen / Beratung und dem ersten chiropraktischen Eingriff erlaube ich mir 90€ zu honorieren.

Die Bezahlung erfolgt sofort nach der Behandlung per EC-Cash oder als Rechnung.

### zum Thema Terminvereinbarung

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie einen Termin.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass Terminabsagen bis 24 Stunden vor Ihrem mit mir vereinbarten Termin nicht berechnet werden.

In allen anderen Fällen bin ich nach BGB§ 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Der ausgefallene, nicht abgesagte Termin verfällt auch bei bereits geleistetem Honorar.

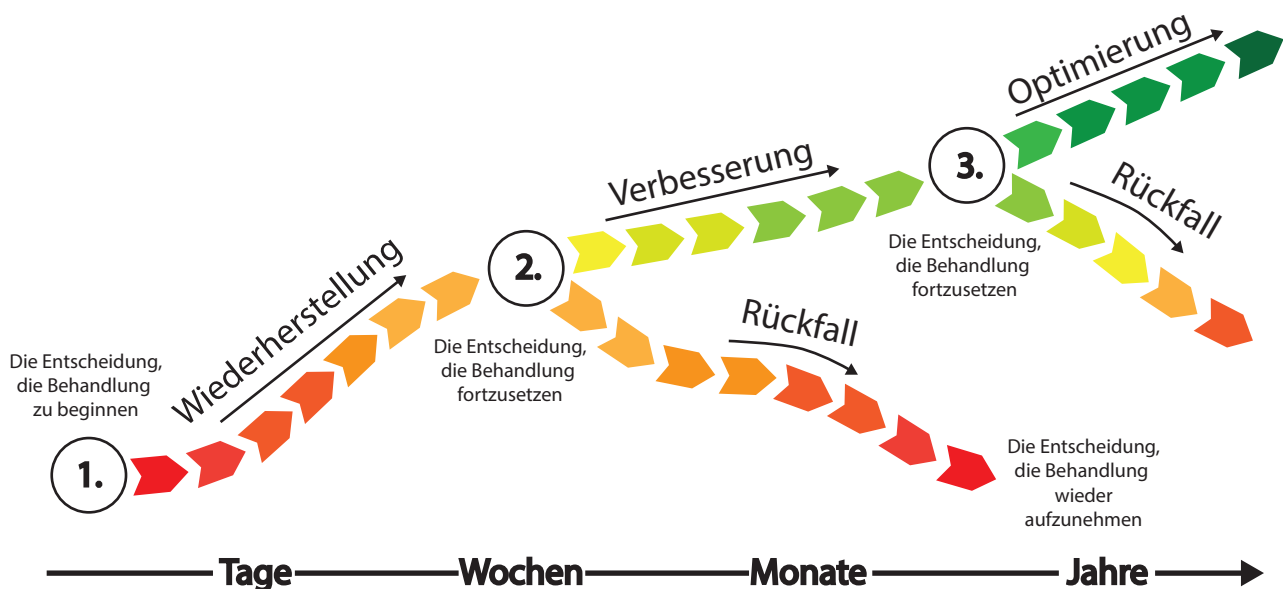
vielen Dank für Ihr Vertrauen,

Dennis Overkamp  
Chiropraxis Overkamp

Lingen, den

Unterschrift

## der Weg zu einer besseren Gesundheit



### 1. Korrektur-phase

Dies ist der Punkt, an dem Sie sich für die Chiropraktik entschieden haben. Vielleicht wegen eines kürzlichen Traumas oder einem wiederkehrenden Gesundheitsproblems. In dieser Phase sind oftmals häufige Justierungen notwendig. Die meisten Menschen werden vom ersten Tag an eine stetige Verbesserung erfahren. Bei anderen scheint sich der Zustand tatsächlich zu verschlechtern, bevor sie die positiven Ergebnisse bemerken. Das hat mit der jeweiligen Anpassungsfähigkeit des Körpers zu tun.

### 2. Stabilisierungs-phase

An diesem Punkt werden Sie sich besser fühlen und vielleicht sind Ihre Beschwerden, die Sie anfangs zu meiner Behandlung führten, nicht mehr da. Diese Phase beeinflusst die Ursache Ihrer Beschwerden, welche sich häufig langfristig entwickelt haben.

**Hier können Sie entscheiden, ob Sie die Behandlung fortsetzen möchten, um Ihre Gesundheit zu erhalten und zu optimieren.**  
**Das Beenden der Behandlung könnte Sie zwangsläufig dorthin zurückführen, wo Sie angefangen haben.**

### 3. Erhaltungs-phase

Dies ist die Phase, die eine optimale Gesundheit gewährleistet. Dieser Gesundheitszustand sollte aufrecht erhalten werden, da wir ständig unter den verschiedenen physischen und psychischen Eindrücken des Alltags stehen.

Regelmäßige chiropraktische Justierungen stellen sicher, dass Sie auf einem optimalen Gesundheits- und Belastungsniveau bleiben.