

Patientennummer:



CHIROPRACTIS Siena C. Rauskolb

## Patienten-Fragebogen

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Rechnungsempfänger (falls abweichend) : \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

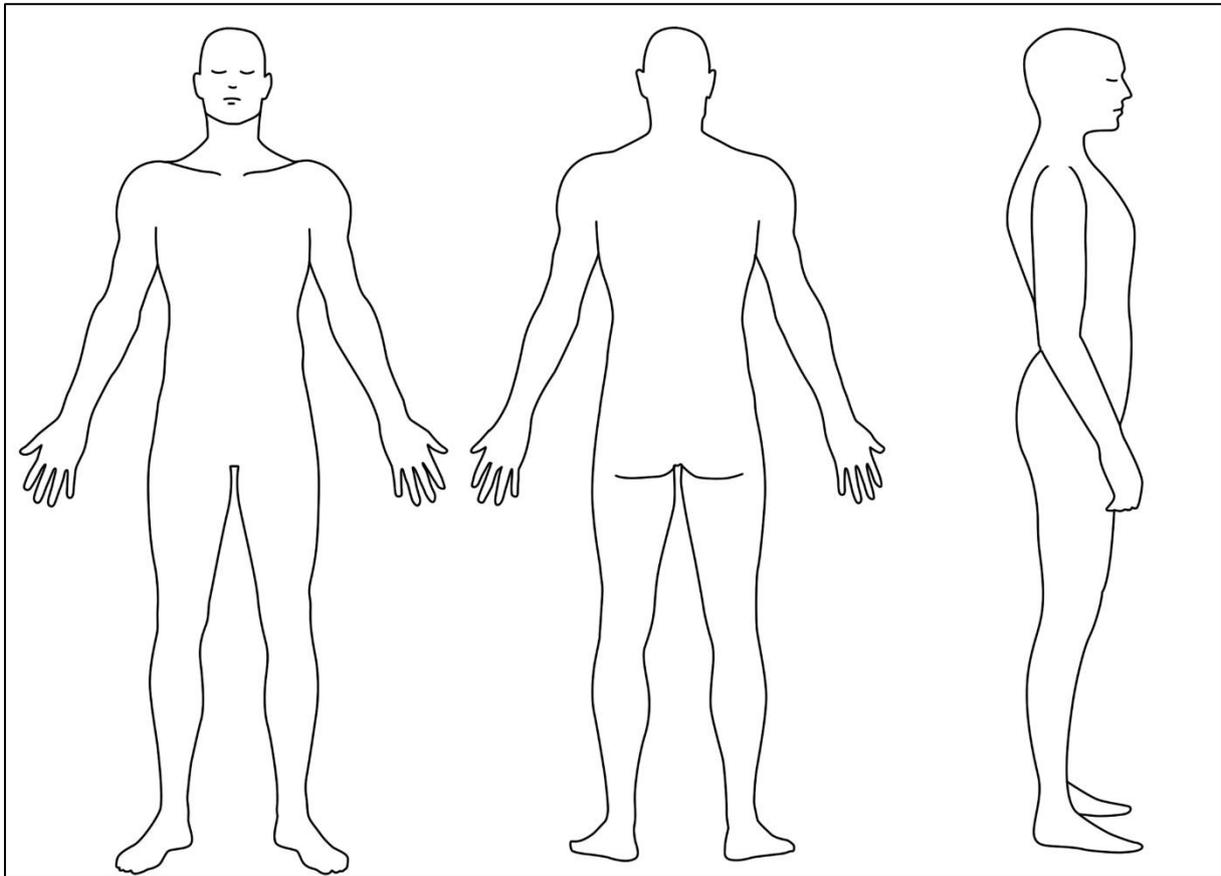
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ (Darf für Terminabsprachen verwendet werden)

E-Mail: \_\_\_\_\_ (Wird für Terminerinnerungen genutzt)

1. Grund des Termins (bitte ankreuzen)  Beschwerden  zur Vorsorge

2. Bitte **markieren** Sie die betroffenen Körperregionen:



3. Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_

4. Die Schmerzen sind: brennend / stechend / dumpf / ziehend / scharf

5. Strahlen die Schmerzen aus, wenn ja, wohin? \_\_\_\_\_

6. Fühlen Sie verminderte Kraft in Armen oder Beinen?  Nein  Ja, in: \_\_\_\_\_

Bitte wenden →

Patientennummer:



CHIROPRACTIS Siena C. Rauskolb

7. Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle oder Verletzungen? Bitte listen Sie diese auf:

---

Wann ereigneten sich diese? \_\_\_\_\_

8. Hatten Sie Operationen in der Vergangenheit? Wenn ja, geben Sie bitte an welche, an welcher/en Körperregion/en und wann:

---

9. Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie nehmen:

---

10. Bestehen Grunderkrankungen? (bitte ankreuzen)

- Hoher o. niedriger Blutdruck     Herzrasen     Herzinfarkt     Schlaganfall     Thrombosen  
 Magendarmkrankungen     Verdauungsstörungen     Sodbrennen     Übelkeit  
 Kopfschmerzen     Migräne (mit oder ohne Aura)     Schwindel  
 Entzündungen des Darmtraktes     Schilddrüsenunterfunktion o. Überfunktion     Diabetes  
 Allergien \_\_\_\_\_  
 Neurologische Erkrankungen \_\_\_\_\_  
 Krebs \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

11. Ich (bitte ankreuzen):

- knirsche     beiße     trage Zahnersatz     habe Implantate     habe Zahnlücken  
 trage nachts eine Schiene     trage eine Zahnspange     habe Kieferschmerzen  
 habe Kieferknacken

12. Ich bin/ war in psychiatrischer Behandlung     Ja     Nein

13. Berufliche Tätigkeit:  sitzend     stehend     sonstige \_\_\_\_\_

14. Waren Sie bereits in Behandlung für die hier angegebenen Beschwerden?     Nein     Ja, bei

---

\*15. Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

#### Für Frauen

16. Ich nehme die Pille:  Ja     Nein

Habe Kinder:     Ja, vaginal / Kaiserschnitt     Nein

Ich bin schwanger. SSW: \_\_\_\_\_ Errechneter Termin: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass die angegebenen Informationen vollständig und richtig sind. Ich verstehe, dass diese Angaben streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden und **nehme das Informationsblatt zum Datenschutz, das als Aushang zur Verfügung steht zur Kenntnis.**

---

Unterschrift des Patienten (ggf. des Erziehungsberechtigten)

Ort/ Datum

Patientennummer:



**CHIROPRACTIS** Siena C. Rauskolb

## Information

Innerhalb der ersten 24-72 Stunden nach der Behandlung kann es zu muskelkaterähnlichen Beschwerden kommen. Diese entstehen durch die Reaktion der Muskeln auf die neue Beweglichkeit und Statik des Körpers/der Gelenke. Diese Beschwerden können durch Kühlung (maximal 10min am Stück) verringert/verkürzt werden. Ebenfalls möglich sind Kopfschmerzen, Müdigkeit, leichter Schwindel und ein leichtes Instabilitätsgefühl, da das Nervensystem sich ebenfalls an die Veränderungen anpassen muss.

Werden chiropraktische Behandlungen durch einen qualifizierten Chiropraktoren durchgeführt, können körperliche Beschwerden biomechanischen Ursprungs risikoarm therapiert werden. Jedoch können nicht alle Risiken, trotz einer fachmännisch korrekt ausgeführten Behandlung, ausgeschlossen werden.

Bei bestehenden Bandscheibenvorfällen kann es in seltenen Fällen zu Irritationen der Nervenwurzel kommen. Symptome wie Schmerzen, Kribbeln, Taubheit, Lähmungen in Armen oder Beinen sind in solchen Fällen möglich. Sollten diese Symptome beim Husten, Niesen, Heben oder Sitzen auftreten, könnte eine stationäre Behandlung und ggf. eine Bandscheibenoperation notwendig sein.

Studien in den letzten Jahren haben gezeigt, dass kein erhöhtes Risiko eines Schlaganfalles nach einer fachmännisch durchgeführten chiropraktischen Behandlung besteht.

Trotz der geringen Risiken halte ich es für notwendig, Sie über diese zu informieren.

Falls es Ihrer Meinung nach individuelle Behandlungsrisiken geben könnte, bitte ich Sie diese hier aufzulisten:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Behandlungseinverständniserklärung:

Ich wurde ausreichend über die Risiken einer chiropraktorischen Behandlung informiert. Ich habe die oben angegebenen Informationen gelesen und verstanden und willige einer Behandlung durch einen qualifizierten Chiropraktor in der Praxis Siena C. Rauskolb ein.

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

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

Bitte wenden →



## Honorarvereinbarung

Die Honorare werden nach dem Heilpraktiker Gebührenverzeichnis (GebüH) erstellt und in Euro berechnet. Das GebüH wurde von den Heilpraktikerverbänden 1985 erstellt und 2002 neu aufgefasst.

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, ob diese die chiropraktischen/ osteopathischen Leistungen **dieser Praxis** übernimmt. Je nach Krankenkasse und Tarif kann die Erstattung anders ausfallen und es kann i. d. R. zu Selbstbeteiligungen kommen.

Bei den **Privatversicherern oder Zusatzversicherungen** für Heilpraktiker prüfen Sie bitte Ihren Versicherungsvertrag oder fragen Sie bei Ihrer Versicherung direkt an, ob und in welcher Höhe chiropraktische/ osteopathische Leistungen erstattet werden. Auch Beihilfe und Postbeamtenkrankenkassen erstatten nicht alles.

Einige **gesetzliche Krankenkassen** bezuschussen einen gewissen Betrag im Jahr. Bitte fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob die ChiroPraxis Siena C. Rauskolb auf deren Liste steht. In jedem Fall wird empfohlen die Rechnungen einzureichen.

Bitte kreuzen Sie unten die zutreffende Versicherungsart an. **Bitte informieren Sie uns auch über Änderungen Ihres Versicherungsstatus vor der nächsten Behandlung.**

Die Informationen werden vertraulich behandelt und dienen nur zur internen Rechnungserstellung. Keine Informationen werden an Dritte weitergeleitet.

**BITTE NUR EIN KREUZ SETZEN** - Die Rechnung wird direkt nach der Behandlung per **Kartenzahlung** beglichen.

- Ich habe eine **Heilpraktikerzusatzversicherung**: (die Abrechnung erfolgt gemäß GebüH)  
**Beachten Sie den Aushang im Wartezimmer mit den Ziffern und Preisen der GebüH.**
- Ich bin **privat versichert und/oder Beihilfe berechtigt**: (die Abrechnung erfolgt gemäß GebüH).  
**Beachten Sie den Aushang im Wartezimmer mit den Ziffern und Preisen der GebüH.**
- Postbeamtenkrankenkasse oder freie Heilfürsorge**  
**Die Rechnungsbeträge bei Zusatz- und Privatversicherten sowie Beihilfeberechtigten entsprechen NICHT den Preisen, die für gesetzlich Versicherte gelistet sind.**
- Ich bin **gesetzlich versichert ohne Heilpraktikerzusatzversicherung und ohne Beihilfe**: Kosten z.Zt. (Stand 01.01.2023) Erstkonsultation: 89,00€ Erwachsene; 69,00€ Kinder bis vervollständigtem 9. Lebensjahr; folgende Behandlungen: 65,00€ Erwachsene; 55,00€ Kinder bis vervollständigtem 9. Lebensjahr. **Beachten Sie den Aushang im Wartezimmer für mögliche Erstattungen oder Zuschüsse Ihrer gesetzlichen Krankenkasse o. VW-Unterstützungskasse. Angaben ohne Gewähr.**

Auf Anfrage erstellen wir Ihnen eine Zusammenfassung für das Finanzamt (nur bei gesetzlich Versicherten).

Mit Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie ausreichend über die Höhe unserer Honorare und die Möglichkeit einer Selbstbeteiligung informiert wurden. Rechnungen können rückwirkend nicht geändert werden.

**Falls Sie einen Termin absagen müssen, geben Sie uns bitte spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin Bescheid. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden mit €40,00 berechnet.**

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

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)



## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis: ChiroPraxis Siena C. Rauskolb, Sauerbruchstr. 13, 38440 Wolfsburg (Hauptstelle).

Hiermit **bestätige** ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.
- Falls die E-Mail Adresse nicht zur Terminerinnerung genutzt werden darf, setzen Sie hier bitte ein Kreuz

---

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten (ggf. des Erziehungsberechtigten)

### Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: ChiroPraxis Siena C. Rauskolb, Sauerbruchstr. 13, 38440 Wolfsburg; Fon 05361/84 80 820