



Anrede		Geburtsdatum	Telefon privat
Vorname, Name		Berufliche Tätigkeit	Telefon geschäftlich
Straße, Hausnummer			Telefon mobil
PLZ	Wohnort	Email	

Erziehungsberechtigte(r)

Name:

Vorname:

Geboren am:

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich möchte Sie in der Chiropraxis Schwall ganz herzlich willkommen heißen und mich für Ihr Vertrauen bedanken! Bevor ich mich persönlich mit Ihnen unterhalten kann, benötige ich von Ihnen Informationen, die es mir ermöglichen, mir ein Bild von Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zu machen. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der zivilrechtlichen Schweigepflicht nach BGB und der Berufsordnung für Heilpraktiker. Diese Schweigepflicht gilt für mein komplettes Praxisteam.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Empfehlung von?

Nationalität:
Muttersprache:

Anzahl Kinder:
Anzahl Geburten:

Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja, welche?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnungsmittel | <input type="checkbox"/> Kortison | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmedikamente | <input type="checkbox"/> Interferon | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Entzündungshemmende Medikamente | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Blutdruckmedikamente | <input type="checkbox"/> Diabetes Medikamente | <input type="checkbox"/> |

Welche Erkrankungen sind darüber hinaus bei Ihnen bekannt? Aktuell oder in der Vergangenheit!

Herz-/Kreislauf _____

Stoffwechsel: _____

Wirbelsäule/Gelenke

Bluterkrankungen _____

Sind Sie zurzeit in Behandlung?

- nein ja, bei Arzt Heilpraktiker Osteopath Physiotherapeut

Ihr Hausarzt (Name u. Adresse):

Röntgenaufnahmen (CT /MRT) mit schriftlichem Befund, passend zur aktuellen Beschwerde

- nein ja Was / von wann?

Waren Sie vorher schon mal bei einer chiropraktischen Behandlung?

- nein ja, zuletzt am: _____
bei: (Name u. Adresse)

Wir wollen für Sie den passenden Gebührenkatalog zuordnen, deshalb bitten wir Sie um folgende Angaben

- Ich bin gesetzlich versichert. a) Abrechnung nach GebühNiedrigstsatz
- Ich bin privat versichert. – siehe b)
- Ich habe eine private Zusatzversicherung für Heilpraktiker – siehe b)
- Beihilfe Bund/Land – siehe b)
- Beihilfe PostB – siehe b)

b) Sie sind privat versichert oder haben eine private Zusatzversicherung oder sind beihilfeberechtigt.

Die Rechnung erfolgt nach der GebühN, der Gebührenordnung für Heilpraktiker. Die Behandlungskosten richten sich nach der medizinischen Notwendigkeit. Für eine volle Erstattung unserer Leistungen können wir leider nicht garantieren. Ich, Johannes Schwall, bin Mitglied im Fachverband Deutscher Heilpraktiker e.V. Mitgliedsnummer: 22651. Herr Erik Cargalli ist Mitglied im Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. Mitgliedsnummer: 106902. Im Verband der Osteopathen sind wir nicht. Wir arbeiten NICHT mit gesetzlichen Krankenkassen zusammen.

Wir als Heilpraktiker schließen mit Ihnen als Patient/-in hiermit einen Dienstvertrag (§§ 611-630 BGB), der uns zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, Sie als Patient/-in zur Gewährung einer Vergütung verpflichtet. Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für uns Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so möchte ich Sie bitten, diesen rechtzeitig für andere Patienten freizugeben. Ich behalte mir vor, die Ausfallzeiten (zu späte oder keine Absage und keine Terminverschiebung) nach §§ 615 i.V.m. § 630b sowie § 280 Abs. 1 BGB zu berechnen.

Zahlungsziele: Fälligkeit nach Erstbehandlung, Einmalbehandlung oder nach Ende einer Terminserie sofort nach Leistungserbringung. Ansonsten spätestens innerhalb 10 Tage nach Rechnungsstellung.

- Datenschutzerklärung und Hinweise zum Erstermin gelesen** (auf der Homepage oder auf Papierausdruck) und akzeptiert.
- Ich möchte max. 2-mal/Jahr über wichtige Praxisneuigkeiten per E-Mail bis auf Widerruf informiert werden.
- Ich wünsche eine Kopie dieses Anamnesebogens und bestätige hiermit, diese erhalten zu haben.

Anmerkungen des Patienten

Anmerkungen des Behandlers

Datum, Unterschrift