

ANAMNESE-BOGEN FÜR ERWACHSENE

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen.

Wir möchten Ihnen gerne helfen und benötigen deshalb einige Angaben zu Ihrer Person. Die abgefragten Informationen können unter Umständen Bedeutung für die weitere Verfahrensweise der Therapie haben. Wir bitten Sie nun, dieses Formular auszufüllen.

DAS FORMELLE ZUERST ...

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/ Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnr.: _____ E-Mail: _____

Empfohlen von: _____

Krankenversicherung gesetzlich mit Zusatzversicherung HP

: private Krankenversicherung Beihilfe Post B

Beruf: _____ Ich sitze viel Ich stehe viel Ich arbeite körperlich

Sport: leider gar nicht gelegentlich regelmäßig viel

Sportarten: _____

Kinder? Wie viele? _____

Ich bin in med. Behandlung: nein ja, bei: Facharzt Hausarzt Heilpraktiker Physiotherapeut

Wodurch kennen Sie unsere Praxis? Empfehlung, durch: _____
 Internet Zeitung Facebook

Ich war schon mal beim: Heilpraktiker Chiropraktiker LnB Schmerztherapeuten

Familienstand: verheiratet nicht verheiratet allein lebend
 geschieden verwitwet

GESUNDHEITSZIELE

Patienten lassen sich in unserer Praxis zu einem oder mehreren von folgenden Gesundheitszielen beraten.

- Befreiung von meinen Symptomen
- Korrektur meiner Grundprobleme
- Maximierung meiner Gesundheit
- Maximierung der Gesundheit meiner Familie

WELCHE ERWARTUNGSHALTUNG VERBINDEN SIE MIT DEM BESUCH IN MEINER PRAXIS?

SO GEHT ES MIR IM MOMENT ...

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

Ich habe Beschwerden im Bereich:

- Lendenwirbelsäule
- Gelenke
- Meine Beschwerden sind akut seit: _____ Tagen
- Meine Beschwerden sind chronisch seit: _____ Wochen _____ Monaten
- Meine Beschwerden treten immer wieder auf.
- Brustwirbelsäule
- Halswirbelsäule

*beweglich und
schmerzfrei leben*

Waren Sie damit schon in Behandlung:

- Hausarzt
- Orthopäde
- Ja, bei _____
- Physiotherapeut

Die Behandlung war:

- erfolgreich
- wenig erfolgreich
- erfolglos

Gab es eine Ursache?

- Autounfall
- Sturz
- weiß nicht
- andere _____

Ich trage Schuheinlagen:

- ja
- nein

Ich trage einseitige Absatzerhöhung:

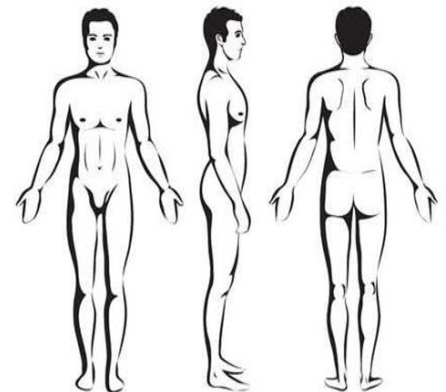
- nein
- ja, links
- ja, rechts

Es gibt:

- | | | | | |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Röntgenbilder von: | <input type="radio"/> HWS | <input type="radio"/> BWS | <input type="radio"/> LWS | <input type="radio"/> Becken |
| CT von: | <input type="radio"/> HWS | <input type="radio"/> LWS | | |
| MRT von: | <input type="radio"/> HWS | <input type="radio"/> LWS | | |

DAS FÜHRT MICH ZU IHNEN: ...

	ja	nein
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinnitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nackenverspannungen/ -schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADS, ADHS (Konzentrationschwäche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulter-/ Arm-/ Handschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kribbeln, Taubheit im Arm/ Hand/ Finger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in der Brustwirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen in der Lendenwirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ischiasschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kribbeln, Taubheit im Bein/ Fuß/ Zeh	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Bitte markieren Sie Ihre Problemzonen

HIER FINDE ICH MICH WIEDER: ...

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Ohrengeräusche | <input type="radio"/> Blutdruckprobleme | <input type="radio"/> Gelenkprobleme |
| <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Magengeschwüre | <input type="radio"/> Schulterschmerzen |
| <input type="radio"/> Gedächtnisverlust | <input type="radio"/> Nasenbluten | <input type="radio"/> Übermäßiges Schwitzen | <input type="radio"/> Rückenschmerzen |
| <input type="radio"/> Benommenheit | <input type="radio"/> Kiefergelenkprobleme | <input type="radio"/> Schwaches Immunsystem | <input type="radio"/> Muskelprobleme |
| <input type="radio"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="radio"/> Nebenhöhlenprobl. | <input type="radio"/> Essgewohnheiten verändert | <input type="radio"/> Blasenleiden |
| <input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="radio"/> Zahnprobleme | <input type="radio"/> Veränderter Stuhl | <input type="radio"/> Appetitverlust |
| <input type="radio"/> Unscharfes Sehen | <input type="radio"/> Schlaflosigkeit | <input type="radio"/> Verdauungsprobleme | <input type="radio"/> Hautprobleme |
| <input type="radio"/> Doppelbilder sehen | <input type="radio"/> Gemütsleiden | <input type="radio"/> Sodbrennen | <input type="radio"/> Schleudertrauma |
| <input type="radio"/> Sehstörungen | <input type="radio"/> Ängste | <input type="radio"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="radio"/> Blockierungen |
| <input type="radio"/> Gleichgewichtsstörung | <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> Wechseljahrbeschwerden | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Geschmacksstörung | <input type="radio"/> Kurzatmigkeit | <input type="radio"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="radio"/> Herpes, Epstein-Barr-Virus |
| <input type="radio"/> Riechstörung | <input type="radio"/> Knochenprobleme | <input type="radio"/> Konzentrationsstörungen | <input type="radio"/> Tuberkulose |

NEUROPSYCHOLOGISCH

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> schlechtes Erinnerungsvermögen | <input type="radio"/> Angstzustände | <input type="radio"/> Depressionen | <input type="radio"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="radio"/> Nervenzusammenbrüchen / Burn-Out | <input type="radio"/> psychiatrische Betreuung | <input type="radio"/> Missbrauchsoffer | <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="radio"/> psychologische Betreuung | <input type="radio"/> Selbstmordgedanken | <input type="radio"/> Sonstiges: | |

LEBENSSTIL

	ja	nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken Sie genug Wasser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernähren Sie sich gesund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafen Sie ausreichend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Verlust erlitten? (z.B. Beziehung, Familie, Arbeit, Geld)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie würden Sie Ihren Allgemeingesundheitszustand bewerten? ____/ 10

Was ist Ihr größtes Glück in Ihrem Leben? Woraus ziehen Sie die Kraft für Ihren Alltag?

MEIN BEITRAG

Was können Sie sich vorstellen, zu Ihrer eigenen Wiedergenesung selbst beitragen zu können?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Mehr Bewegung | <input type="radio"/> Früher ins Bett | <input type="radio"/> Weniger Arbeiten |
| <input type="radio"/> Reduzieren von Zucker | <input type="radio"/> Gewichtsreduzierung | <input type="radio"/> Weniger Alkohol |
| <input type="radio"/> Weniger Zeit am Handy | <input type="radio"/> Weniger Zeit vorm Fernseher | <input type="radio"/> Weniger Zeit vorm PC |
| <input type="radio"/> Ernährungsumstellung | <input type="radio"/> Mehr Wasser/ Tee trinken | <input type="radio"/> Aufhören zu Rauchen |
| <input type="radio"/> Mehr Zeit für die Familie | <input type="radio"/> Ich kümmere mich mehr um mich | <input type="radio"/> Stressreduzierung am Arbeitsplatz |
| <input type="radio"/> Ergonomie am Arbeitsplatz | <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |

ZUM THEMA ABRECHNUNG ...

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

- Sind Sie gesetzlich versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise. **Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung.** Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.
- Sind Sie privat versichert oder Zusatzversichert, dann erhalten Sie eine Rechnung laut GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker)

Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.

Anmerkung: Gearbeitet wird in meiner Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohle Ihrer Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf jahrzehntelanger Erfahrung und wird individuell Ihren Beschwerden angepasst.

BEZÜGLICH TERMINVEREINBARUNG:

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich eine Ausfallspauschale in Höhe von 100% bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben.

BESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bestätige, dass ich mit der Terminvereinbarung einverstanden bin.

Stade, den _____
Datum

Unterschrift

MEINE KRANKENGESCHICHTE



SVEN SBREZSNY
IHR HEIL- UND CHIROPRAKTIKER

Bitte tragen Sie chronologisch ihre Erkrankungen, Unfälle und Operationen in die Liste ein.

*beweglich und
schmerzfrei leben*

Zeitraum	Ereignis

MEDIKAMENTE

Name	Dosierung	Warum

ANMERKUNG



SVEN SBREZESNY
IHR HEIL- UND CHIROPRAKTIKER

Behandlungsvertrag

zwischen

Sven Sbrezesny, Heilpraktiker, Teichstraße 3, 21680 Stade, Tel. 04141-922044

und

beweglich und
schmerzfrei leben

wird folgender Vertrag geschlossen:

Vertragsgegenstand

Auf Wunsch und auf eigenes Risiko des Patienten werden Untersuchungen und ggf. auch Behandlungen erbracht. Der Patient hat sich für biologisch wirksame Heilmethoden entschieden.

Gegenstand ist die Erbringung der Leistung, nicht jedoch der Behandlungserfolg, der grundsätzlich nicht garantiert werden kann. Es werden Methoden angewendet, die schulmedizinisch nicht anerkannt, auch nicht allgemein erklärbar sind und unter Umständen nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Ein subjektiv gewünschter Erfolg kann nicht in Aussicht gestellt oder garantiert werden.

Preise

Die Untersuchung/Behandlung wird gemäß des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in Rechnung gestellt. Es wird grundsätzlich der Höchstsatz abgerechnet.

Der Patient wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Leistungen nicht/nicht vollständig von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden bzw. die Erstattung der Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang seitens anderer Kostenträger gewährleistet ist. Der Vergütungsanspruch des Heilpraktikers ist unabhängig von der Erstattung durch Dritte. Es ist Sache des Patienten, sich bereits vor der Behandlung bei den Kostenträgern zu informieren, ob und in welcher Höhe eine Erstattung erfolgen kann.

Für die dafür entstehenden Kosten erstellt der Heilpraktiker eine Rechnung. Diese ist sofort fällig. Spätestens 30 Tage nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung gerät der Patient in Verzug.

Sämtliche Preise sind Endpreise und verstehen sich inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer in Euro, soweit diese anfällt.

Schriftform

Sämtliche Erklärungen und Anzeigen, die nach Vertragsschluss durch den Patienten abzugeben sind (z.B. Fristsetzungen, Mängelanzeigen, Erklärung von Rücktritt oder Minderung), bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

Terminvereinbarung

Vereinbarte Termine sind verbindlich, da die Zeit nur für den Patienten reserviert wird.

Der Patient erkennt mit Vergabe des Termins die nachfolgenden Zahlungs-, und Geschäftsbedingungen an. Ein Vertrag kommt zustande, wenn der Patient einen Termin vereinbart.

Wird ein Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt, wird eine Gebühr in Höhe von 52,00 € fällig. Absagen sind nur telefonisch möglich.

Behandlungsakte

Der Behandler führt über jeden Patienten eine Handakte. Eine Herausgabe dieser Akte an den Patienten im Original ist ausgeschlossen. Möglich sind ausschließlich Kopien gegen Kostenerstattung auf Verlangen des Patienten gegen Kostenerstattung.

Kündigung

Der Behandlungsvertrag kann jederzeit von beiden Parteien ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden - zur Unzeit ist eine Kündigung durch den Heilpraktiker jedoch nur zulässig, soweit hierfür ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn der Patient erforderliche Anamnese- oder Diagnoseauskünfte nicht, unzutreffend oder vorsätzlich lückenhaft erteilt.



Mitwirkungspflichten

Der Patient ist verpflichtet, vor der Behandlung unaufgefordert auf bekannte, relevante Erkrankungen, insbesondere sowie auf eine bestehende Schwangerschaft und sonstige Umstände hinzuweisen, die die Untersuchung/Behandlung und deren Ergebnis beeinflussen können.

Der Patient versichert daher mit seiner Unterschrift, die Gesundheitsfragen im Anamnesebogen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Er verpflichtet sich weiter, relevante gesundheitliche Änderung umgehend unaufgefordert mitzuteilen.

Haftung

Der Heilpraktiker ist nicht verantwortlich für den Verlust oder die Zerstörung von persönlichen Gegenständen des Patienten, die mit in die Praxis gebracht wurden.

Datenschutz

Der Heilpraktiker schützt die personenbezogenen Daten des Vertragspartners und nutzt diese nur im Einklang mit den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Er hat das Recht, im Rahmen der Zweckbestimmung des Auftrags die ihm anvertrauten personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen zu verarbeiten oder durch Dritte verarbeiten zu lassen.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten.

Der Patient ist mit der Weitergabe ihrer Daten zur Kommunikation mit dem verordnenden Arzt einverstanden.

Dem Patienten steht das Recht zu, seine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Gerichtsstand

Der Vertrag unterliegt dem deutschen Recht. Erfüllungsort und Gerichtsstand für sämtliche sich aus diesem Vertrag ergebende Verfahren ist Stade.

Salvatorische Klausel

Die Einbeziehung, Auslegung dieser Geschäftsbedingungen sowie Abschluss und Auslegung der Rechtsgeschäfte mit der Praxis unterliegen allein dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Nebenabreden bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch, wenn auf die Schriftform verzichtet wird.

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise als wirksam oder durchführbar sein oder infolge Änderungen der Gesetzgebung nach Vertragsabschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleiben die übrigen Vertragsbestimmungen und die Wirksamkeit des Vertrages im Ganzen hiervon unberührt.

An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll die wirksame und durchführbare Bestimmung treten, die dem Sinn und Zweck der nichtigen Bestimmung möglichst nahe kommt. Erweist sich der Vertrag als lückenhaft, gelten die Bestimmungen als vereinbart, die dem Sinn und Zweck des Vertrages entsprechen und im Falle des Bedachtwerdens vereinbart worden wären.

Datum: Unterschrift: