

Chiropraxis

Knouneramt

Alte Obfelderstrasse 30

8910 Affoltern am Albis

Telefon, Fax, E-mail

Personalien:

Name, Adresse, Geburtsdatum (siehe Holbeinpraxis), Beruf, Zivilstand, Telefon, Natel, E-Mail

Hausarzt:

Name, Vorname, Ort

Zuweisung/Empfehlung:

- Hausarzt
- Keine
- Andere

Versicherung:

Krankenkasse _____

- Freie Arztwahl
- Hausarztmodell
- HMO
- Telmed

Unfallversicherung/Versicherungsnummer _____

Hatten Sie Unfälle:

Wenn «ja» wann und Art der Verletzung?

Hatten Sie Operationen:

Wenn «ja» wann und welche?

Leiden/litten Sie unter Krankheiten (ausgenommen jetziges Leiden)?

Wenn «ja» wann und welche?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Wenn «ja» welche?

Ihr Gewicht: _____ stabil: ja nein

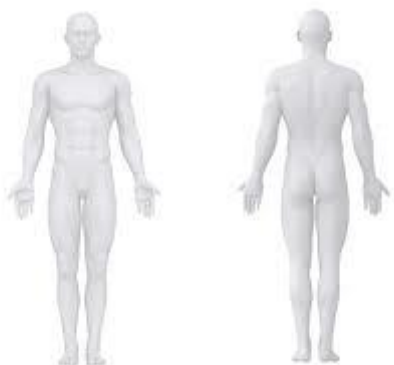
Ihre Grösse: _____

Rauchen Sie? ja nein Anzahl: _____

Gibt es aktuelle Röntgenbilder/MRI/CT zu Ihren jetzigen Beschwerden? Ja: (falls möglich bitte mitbringen) nein

Schmerzdiagramm:

Zeichnen Sie auf untenstehenden Figuren ein, wo Sie Schmerzen haben



Seit wann bestehen diese Schmerzen?

Wie stark sind Ihre Schmerzen? (bitte ankreuzen)

0 (keine) 1-2 (leicht) 3-4 (lästig) 5-6 (stark)
7-8 (sehr stark) 9-10 (unerträglich)

Die Chiropraktik ist im Allgemeinen eine gut verträgliche und nebenwirkungsarme Therapie. Die häufigsten Nebenwirkungen sind lokale Schmerzen und Verspannungen im behandelten Bereich, welche sich in der Regel innerhalb von 24-48 Stunden zurückbilden.

Komplikationen können wie bei allen medizinischen Behandlungen auftreten, sind aber bei dieser Form der Behandlung äusserst selten. Ernsthafte Komplikationen im Anschluss an eine Manipulationsbehandlung der Halswirbelsäule wurden in der Literatur vereinzelt dokumentiert. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen konnten jedoch keinen direkten kausalen Zusammenhang herstellen.

Ich bestätige, diesen Sachverhalt zur Kenntnis genommen zu haben, wurde über das Behandlungskonzept aufgeklärt, habe dieses verstanden und hatte die Gelegenheit, mich bei Unklarheiten und Fragen an meine(n) Chiropraktor(in) zu wenden. Ich willige mit meiner Unterschrift ausdrücklich in eine chiropraktische Behandlung ein.

Ich erteile die Erlaubnis für eine direkte elektronische Abrechnung mit meiner Krankenkasse.

Datum, Unterschrift
(Erziehungsberechtigte(r) oder gesetzliche(r) Vertrete(r))
