

Personalien

Name _____

Vorname _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Telefon Privat _____

Natel _____

Eriehungsberechtigte(r)

Name & Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____

Hausarzt

Name _____

Vorname _____

Ort _____

Versicherung

Krankenkasse _____

- Freie Arztwahl
- Hausarztmodell / HMO
- Telemed-Modell

Zuweisung

- keine
- Hausarzt
- andere

Bei Unfall

Unfallversicherung _____

Unfall-Nr. _____

Unfall Datum _____

Allgemeines

Grösse (cm) _____

Gewicht (kg) _____

Nehmen Sie regelmässige Medikamente ein?

Ja Nein

Seit wann und welche?

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

Ja Nein

Seit wann und welche?

Wurden Sie schon jemals von einem(r) Chiropraktor(in) behandelt?

Ja Nein

Gibt es aktuelle Röntgenbilder/MRI/CT zu Ihren jetzigen Beschwerden?

Ja Nein

falls möglich mitbringen

Hatten Sie Unfälle? Ja Nein

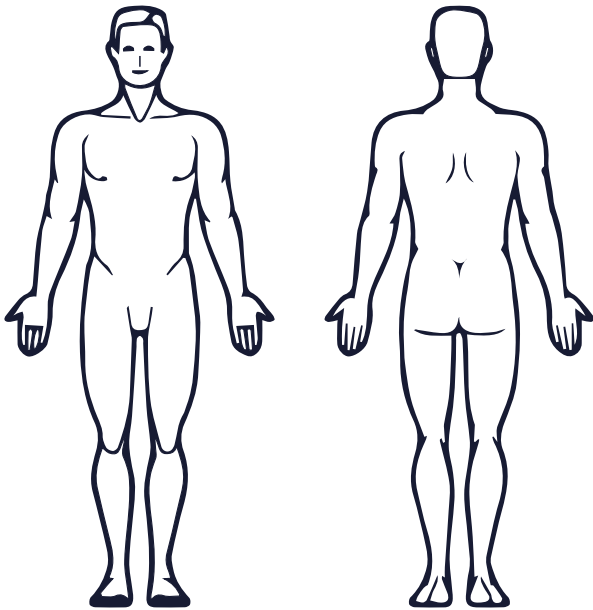
Wann & welche Verletzungen?

Hatten Sie Operationen? Ja Nein

Wann & welche?

Schmerzen

Zeichnen Sie auf untenstehenden Figuren ein, wo Sie Schmerzen verspüren.



Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wie stark sind die Schmerzen?

- 0 keine
- 1
- 2 leicht
- 3
- 4 lästig
- 5
- 6 stark
- 7
- 8 schlimm
- 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. Ernsthaftige 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) Vertreter(in)

Datum, Unterschrift Patient(in)

Sofern urteilungsfähig. Bestimmung durch Chiropraktor(in)
