



**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Herzlich Willkommen in unserer Praxis für ganzheitliche Chiropraktik Butsch & Ritter in Ellhofen. Bitte nimm dir Zeit beim Ausfüllen dieses Bogens. Diese Informationen geben uns ein Bild über deinen Gesundheitszustand und sind für die chiropraktische Behandlung in unserer Praxis von großer Bedeutung. Der Fragebogen dient zu einer gründlichen Anamnese, um das Behandlungsrisiko individuell abzuschätzen und Gegenanzeigen für eine Behandlung zu erörtern. Gegebenenfalls sind weitere Voruntersuchungen (bildgebende Verfahren wie Röntgen oder MRT) notwendig. Wir sind hier darauf angewiesen, dass du uns vollständig und korrekt aufklärst.

**Das Formelle zuerst:**

<input type="text" value="Name"/>	<input type="text" value="Straße   Nr."/>
<input type="text" value="Vorname"/>	<input type="text" value="PLZ   Ort"/>
<input type="text" value="Geburtsdatum"/>	<input type="text" value="Telefon"/>
<input type="text" value="E-Mail"/>	<input type="text" value="Mobil"/>

**Bei Minderjährigen benötigen wir zusätzlich Angaben zu Erziehungsberechtigten:**

<input type="text" value="Name"/>	<input type="text" value="E-Mail"/>
<input type="text" value="Vorname"/>	<input type="text" value="Mobil"/>
<input type="text" value="Geburtsdatum"/>	

**Krankenversicherung**

gesetzlich versichert bei

Zusatz versichert für HP

privat versichert

**Allgemeine Fragen**

Wie bist du auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung     Internet     Google     soziale Netzwerke     Sonstiges

Welchen Beruf übst du aus?

Art der Tätigkeit:     viel sitzen     viel stehen

wechselnde Körperhaltung     körperliches Arbeiten

Warst du schon mal in chiropraktischer Betreuung?

Nein     Ja, zuletzt am

**So geht es dir im Moment**

Ich habe keine Beschwerden, und bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Meine Hauptbeschwerden sind

**Ordne deine Schmerzen nach deiner Wichtigkeit**

1.
2.
3.
4.
5.

**Wie häufig treten die Schmerzen auf?**

1.	x täglich / wöchentlich / monatlich
2.	x täglich / wöchentlich / monatlich
3.	x täglich / wöchentlich / monatlich
4.	x täglich / wöchentlich / monatlich
5.	x täglich / wöchentlich / monatlich

**Wie intensiv sind deine Schmerzen**

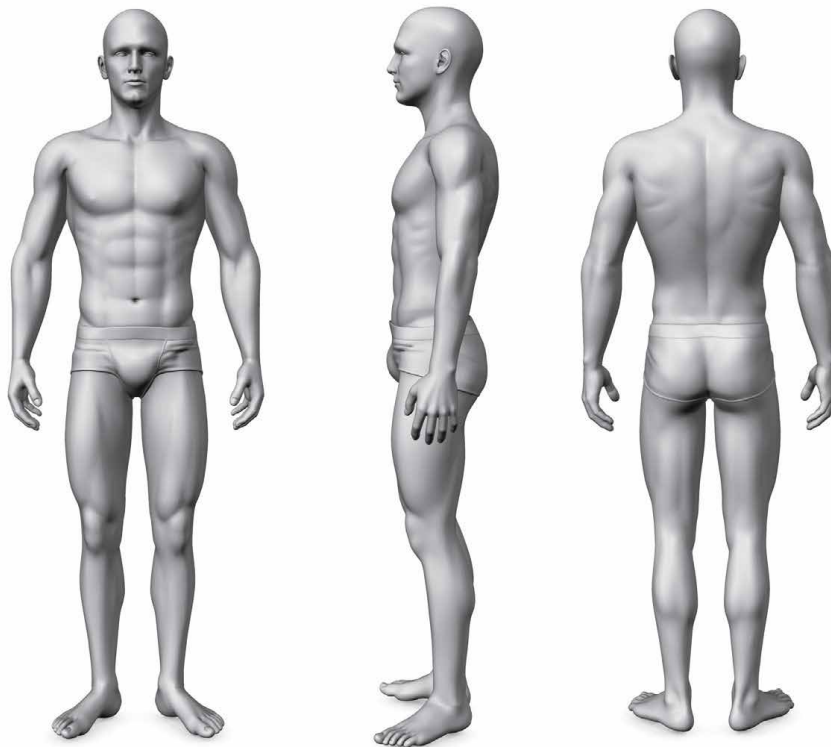
0 = keine Schmerzen 10 = sehr starke Schmerzen

1.
2.
3.
4.
5.

**Wie lange hast du die Beschwerden schon?**

1.
2.
3.
4.
5.

**Bitte markiere deine schmerzhaften Regionen**



**Wodurch fühlst du dich durch deine Beschwerden im Alltag am meisten eingeschränkt?**

**Was fällt dir durch diese Beschwerden schwer?**

**Welche Hobbys, welche Leidenschaften kannst du durch deine Beschwerden nicht mehr ausüben?**

## Du hast/hattest (was/wann)?

<input type="checkbox"/> Unfälle / Stürze	<input type="checkbox"/> Schleudertrauma
<input type="checkbox"/> Knochenbrüche	<input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke
<input type="checkbox"/> Bänder- / Sehnen- / oder Muskelabrisse	<input type="checkbox"/> Bandscheibenprobleme
<input type="checkbox"/> Gleitwirbel (Stadium 3)	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Aufbiss-Schiene / Spange
<input type="checkbox"/> Brille / Kontaktlinsen	
<input type="checkbox"/> Schuheinlagen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, rechts <input type="checkbox"/> Ja, links	
<input type="checkbox"/> Absatzerhöhungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, rechts <input type="checkbox"/> Ja, links	
<b>Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,	
<input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> Blutgerinnungshemmer, Macumar <input type="checkbox"/> Schmerzmittel	
<input type="checkbox"/> Sonstige	

## Warst du bezüglich deiner Beschwerden bereits in fachärztlicher Behandlung?

Nein  Ja, bei

## Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, MRT, CT usw.)?

Bitte bringe, wenn vorhanden, Röntgenaufnahmen, Laborergebnisse und Befundergebnisse zum Erstgespräch mit.

## Wo findest du dich wieder?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust
<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden
<input type="checkbox"/> Leistungsabfall	<input type="checkbox"/> Stuhlveränderungen	<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> Blasenleiden
<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden	<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle
<input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Potenzprobleme
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> sexuelle Unlust	<input type="checkbox"/> Schwindel / Benommenheit
<input type="checkbox"/> unerfüllter Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche / Tinnitus	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsbeschwerden
<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Augenzucken	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme
<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Zahnprobleme	<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit / Müdigkeit
<input type="checkbox"/> Zähne knirschen	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme knacken / Schmerzen
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle	<input type="checkbox"/> Husten
<input type="checkbox"/> Ausfallerscheinungen	<input type="checkbox"/> Auswurf	<input type="checkbox"/> Steifheitsgefühle
<input type="checkbox"/> Häufige Blockierungen	<input type="checkbox"/> schwaches Immunsystem	<input type="checkbox"/> Kribbel / Taubheit
<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Verspannungen	<input type="checkbox"/> geschwollene Beine
<input type="checkbox"/> Muskelbeschwerden	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Kalte Füße / kalte Hände
<input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen	<input type="checkbox"/> starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden
<input type="checkbox"/> Allergien		
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Warst du an Covid-19 erkrankt?

Nein  Ja

Warst du gegen Covid-19 geimpft?

Nein  Wenn ja, wie oft und mit welchem Impfstoff:

Gab es Nebenwirkungen?

Nein  Wenn ja, welche?

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein  Ja, Schwangerschaftswoche:

Wie ist der Verlauf?

## Das Alltägliche

Schlaf (Std. / Nacht)	Sport / Bewegung
Koffein (Tassen / Tag)	Trinken / Essen
Wasser / Flüssigkeit (Liter / Tag)	emotionale Ausgeglichenheit
Zigaretten (Stk. / Tag)	Entspannung / Schlaf
Drogen (Tag)	Leistungsfähigkeit
Alkohol (Gläser / Woche)	generelle Gesundheit
Ernährung (Mahlz. / Tag)	
Süßigkeiten (Port. / Tag)	Größe (cm) / Gewicht (kg)
Sport (Std. / Woche)	
Sportarten	

Beschreibe deinen momentanen Zustand

1= sehr gut 6 = ungenügend

Beschreibe dein momentanes Stresslevel

1 = wenig Stress 6 = extremer Stress

beruflich	privat
-----------	--------

**Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht und werde die Praxis bei relevanten Veränderungen dieser Angaben in Kenntnis setzen.**

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

## Liebe Patientin, lieber Patient,

der Schutz deiner personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, dich darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information kannst du auch entnehmen, welche Rechte du in puncto Datenschutz hast.

### Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung sind die Praxisinhaberinnen

Nadine Butsch und Stefanie Ritter

Praxis für ganzheitliche Chiropraktik | Partnerschaft Heilpraktiker

Raiffeisenstr. 27

74248 Ellhofen

T 07134 911310-2

M info@butsch-ritter.de

### Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen dir und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Deine personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung, sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben deiner Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten, wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschlüsse, Befunde, usw. Auch andere Heilpraktiker / Ärzte, bei denen du dich in Behandlung befindest, können uns zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen. Die Erhebung und Verarbeitung deiner personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen dir und der Praxisinhaberinnen eine notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

### Empfänger deiner Daten

Wir übermitteln deine personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder du eingewilligt hast. Empfänger deiner personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte, andere Therapeuten, Krankenkassen, der medizinische Dienst der Krankenversicherung, und Abrechnungsstellen sein.

### Speicherung deiner Daten

Wir bewahren deine personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies gesetzlich erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§630f BGB). Unter Umständen können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

### Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung sind:

- der Behandlungsvertrag zwischen dir und den Praxisinhaberinnen
- Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V.m. Abs. 3 DS-GVO
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG
- die in diesem Zusammenhang von dir abgegebenen Einwilligungserklärungen

### Deine Rechte

Du hast das Recht, über die dich betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch kannst du die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht dir unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht dir des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sogenanntes Recht auf Datenportabilität). Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung kannst du jederzeit widerrufen. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich der Einwilligungserklärung unten entnehmen. Außerdem steht dir ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, sofern du der Auffassung bist, dass unsere Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Die Anschrift die für uns zuständige Aufsichtsbehörde lautet:

**Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg:**

**Dr. Stefan Brink**

Königsstraße 10a | 70173 Stuttgart

T 0711 615541-0

F 0711 615541-15

M [poststelle@lfdi.bwl.de](mailto:poststelle@lfdi.bwl.de)

[www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de](http://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de)

**Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehen wir Dir selbstverständlich zur Verfügung!**

### **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von der Chiropraxis Ritter & Butsch zum Zweck der heilkundlichen Versorgung und Abrechnung der Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Bei den Daten handelt es sich um meine Kontakt- und Gesundheitsdaten, wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde usw.

Ich bin damit einverstanden, dass die Chiropraxis Butsch & Ritter mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Heilpraktiker/ Ärzte/Physiotherapeuten/ meine Krankenversicherung zum Zweck der weiteren Behandlung und entsprechenden Dokumentation übermittelt und/ oder bei anderen Heilpraktikern/ Ärzten/ Physiotherapeuten Behandlungsdaten und Befunde erhebt, die für meine heilkundliche Versorgung erforderlich sind, und für diese Zwecke verarbeitet und nutzt. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Widerrufserklärung kann schriftlich an die Praxisanschrift gerichtet werden. Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

Vor- / Name

Straße | Nr.

Geburtsdatum

PLZ | Ort

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

## Liebe Patientin, lieber Patient,

Du hast diese Praxis aufgesucht, um dich bzw. dein Kind chiropraktisch behandeln zu lassen. Vor der Behandlung werden wir mit dir in einem Erstgespräch über die Notwendigkeit und Durchführung der geplanten Maßnahmen sowie über die Möglichkeiten der Behandlung sprechen. Du musst die typischen Risiken und Folgen der chiropraktischen Behandlung sowie eventuelle Behandlungsalternativen kennen, damit du dich entscheiden und in die Behandlung einwilligen kannst.

## Welche Voruntersuchungen sind nötig?

Wir führen in unserer Praxis eingehende Untersuchungen (Vermessung der Statik, Fotoanalyse, Gleichgewichtstest, neurologische Tests) durch, die der Befunderhebung dienen und Hinderungsgründe (Kontraindikationen) für eine chiropraktische Behandlung ausschließen. Dazu gehören auch die Fragen im Anamnesebogen und das Erstgespräch. Unsere Behandlungen und Untersuchungen stellen eine Ergänzung zur Schulmedizinischen Behandlung und Untersuchung dar. Sie ersetzen nicht den Arzt.

## Was ist denn eigentlich Chiropraktik?

Chiropraktik ist eine eigenständige, **ganzheitliche Form der Gesundheitsorge**. Ziel ist es, die **Gesundheit und Funktion** des menschlichen Körpers **wieder herzustellen und zu erhalten**. Dies wird durch die Korrektur von **Subluxationen** erreicht. Eine Subluxation definieren wir als **Verschiebung eines (Wirbel-) Gelenks aus der natürlichen Position, die mit Verlust der Beweglichkeit einhergeht und weitreichende, schädliche Auswirkungen auf die Funktion des Nervensystems und Bewegungsapparates hat**.

Das Vorhandensein von Subluxationen und ihre schädlichen Auswirkungen auf sämtliche Funktion des Körpers ist **unabhängig von Schmerz**. Subluxationen können ohne bewusste Schmerzen entstehen und bestehen. Gesundheitsschädliche Wirkungen können schon lange vorhanden sein, bevor Schmerz entsteht. Der Indikator für eine chiropraktische Behandlung ist nicht das Vorhandensein von Symptomen, sondern ausschließlich das Vorhandensein von Subluxationen. Die Korrektur von Subluxationen kann auch zur deutlichen Steigerung von Leistungsfähigkeit und allgemeinen Gesundheitsparametern führen.

Die chiropraktische Behandlung (genannt Justierung) korrigiert die Subluxation durch Wiederherstellen der physiologischen Beweglichkeit und der Position eines (Wirbel-) Gelenks. Sie sorgt für die Wiederherstellung einer gesunden neurologischen Funktion auf segmentaler und globaler Ebene. Die Justierung normalisiert den Informationsfluss zwischen (Wirbel-) Gelenk und Gehirn. Somit trägt sie entscheidend zur Stressreduktion und zur allgemeinen Gehirngesundheit bei. Subluxationen können an allen Abschnitten der Wirbelsäule, des Beckens und gegebenenfalls auch an anderen Gelenken auftreten und werden dort durch chiropraktische Justierung korrigiert.

## Welche chiropraktischen Behandlungen gibt es?

In unserer Praxis justieren wir mit den Händen (Full Spine Technik), mit bestimmten Lagerungshilfen (SOT) und mit einem speziellen chiropraktischen Instrument (Activator Technik) oder mit bestimmten Vorrichtungen am Behandlungstisch (Thompson Technik). Neben der Justierung kommen möglicherweise auch Mobilisationen zur Anwendung. Dabei werden auch neuromuskuläre Techniken (z.B. verschiedene Formen der Muskeldehnung) und so genannte Weichteiltechniken eingesetzt.

## Gibt es andere Behandlungsmethoden?

Zur Behandlung von Wirbelsäulenstörungen kommen auch andere Methoden in Frage. Diese gehen möglicherweise mit längeren Behandlungszeiten (Krankengymnastik, physikalische Therapie, orthopädische Hilfsmittel), Nebenwirkungen (Medikamente) oder der Gefahr von Infektionen oder Nervenwurzelschäden (Injektionen in Gelenke / Wirbelsäule) einher. Daher empfehlen wir die Chiropraktik. Sie kann mit anderen Behandlungsmethoden (z.B. Faszientherapie, Physiotherapie, Psychotherapie) sinnvoll kombiniert werden.

## Welche allgemeinen Behandlungsrisiken gibt es?

Die in unsere Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren und sehr individuell am Patient anwendbar sind. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, dich über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden findest du zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. **Bitte nimm dir noch zwei Minuten Zeit.**

### 1. URTEIL DES OBERLANDESGERICHTS DÜSSELDORF VOM 08.07.1993, ZEICHEN 302/91

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Behandlungen ist aufzuklären.“ In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.

Nach dem heutigen Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es keinen Hinweis, dass die sachgerechte Durchführung einer chiropraktische Justierung an der Halswirbelsäule eine Dissektion (Verletzung) gesunder, hirnversorgender Halsgefäße primär verursacht. Bei Patienten mit verminderter Belastbarkeit der Halsgefäße kann es, unabhängig von einer chiropraktischen Behandlung, zu spontanen Einrissen und Schädigungen der Gefäßwand der Halswirbelsäulenschlagader kommen, ohne dass eine von außen kommende Verletzung des Gefäßes vorausgegangen ist. Diese sog. Spontandissektionen sind nicht immer erkennbar. Bei einer nicht erkennbaren Gefäßschädigung kann es in extrem seltenen Ausnahmefällen, zum Ablösen eines Blutgerinnsels kommen, das entweder das Blutgefäß verlegen kann oder direkt zu einer Schädigung von Hirnabschnitten im Sinne eines Schlaganfalls führen kann. Dabei handelt es sich um eine gefährliche Komplikation, die lebensbedrohlich sein kann und eine sofortige Versorgung im Krankenhaus erfordert.

## **2.URTEIL DES OBERLANDESGERICHTS STUTTGART (VOM 20.02.1997, ZEICHEN14 U 44/96)**

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chiropraktischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerde kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch Chirotherapie ungewiss ist und dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Nach dem heutigen Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft gibt es keinen Hinweis, dass eine korrekt durchgeführte chiropraktische Behandlung an der Wirbelsäule eine Bandscheibenschädigung hervorrufen kann. Bei einer schon bestehenden Bandscheibenvorwölbung oder bei einem (möglicherweise nicht bekannten) Bandscheibenvorfall kann es auch bei kunstgerechter Anwendung in extrem seltenen Ausnahmefällen zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und mit der Folge einer spinalen Wurzelkompression mit Schmerzausstrahlung, Gefühlsstörung oder (noch seltener) Lähmungserscheinungen im Bereich von Armen, Beinen, Blase oder Mastdarms kommen. Dies kann in einem solchen Fall auch durch Alltagsbewegungen (z.B. Drehung, Bücken, Heben, Niesen) ausgelöst werden. Tritt ein solches Ereignis ein, können u.U. länger dauernde oder weitere Schmerzen, Funktionsstörungen und Lähmungserscheinungen, die eine stationäre Behandlung und ggf. eine Bandscheibenoperation erfordern, die Folge sein.

Über deine speziellen Risiken oder die deines Kindes und den damit verbundenen möglichen Komplikationen informieren wir dich im Erstgespräch näher. Wir werden eine Behandlung nur durchführen, wenn wir bei dir / deinem Kind keine Faktoren sehen, die auf ein erhöhtes Risiko für die gewählte Behandlungsmethode hindeuten. Selbstverständlich können wir keine Garantie für den Behandlungserfolg übernehmen. Wir können nicht ausschließen, dass es in sehr seltenen Fällen zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen kann. **Bitte frag uns im Aufklärungsgespräch nach allem, was dir unklar und wichtig erscheint.**

### **Worauf ist nach der Behandlung zu achten?**

Informiere uns bitte unverzüglich, falls bei dir / deinem Kind nach einer chiropraktische Behandlung Schmerzen, Nervenstörungen, Schwindel oder eine außergewöhnliche Müdigkeit auftreten. Ein leichter vorübergehender Schwindel nach einer Justierung (bis fünf Minuten) ist harmlos. Vorsichtshalber solltest du dich oder dein Kind sich ggf. noch eine Weile in der Praxis aufhalten. Bitte kontaktiere uns, falls nach Verlassen der Praxis außergewöhnliche Besonderheiten auftreten oder wende dich außerhalb unserer Praxiszeiten im Zweifel an den Notfalldienst oder eine Notaufnahme.

### **Nachfolgend möchten wir kurz auf deine Versicherung eingehen**

Wenn du Selbstzahler bist, erfolgt die Bezahlung des Termins unmittelbar nach jeder Behandlung. Informationen zu unseren Selbstzahlerrabatten kannst du unserer Preisliste entnehmen. Frage bei deiner Versicherung nach, ob du eine Zusatzversicherung abschließen kannst, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.

Wenn du Privat- oder Zusatzversichert bist, erfolgt die Bezahlung des Termins ebenfalls nach jeder Behandlung. Du erhältst von uns eine Rechnung laut GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) per Email. Wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl der Gesundheit. Die Kombination der Maßnahmen basiert auf Erfahrung und wird individuell deinen Beschwerden angepasst. Einige private Krankenkassen haben hierzu ihre eigenen Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Wir behalten uns vor, an einem Tag zu beraten, zu untersuchen sowie chiropraktisch und osteopathisch zu behandeln. Für eine volle Erstattung unsere Leistungen können wir leider nicht garantieren.



## Hast du noch Fragen?

Vielen Dank für dein Verständnis und Vertrauen.  
Ihre Praxis für Chiropraktik

Nadine Butsch

Stefanie Ritter

## Einverständniserklärung

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in einem nachfolgenden Aufklärungsgespräch in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten! Ich hatte Gelegenheit meine Rückfragen zu erörtern. Ich willige auf dieser Grundlage in der Behandlung durch die Praxis für Chiropraktik Butsch & Ritter ein.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine anteilige Ausfallpauschale in Höhe von 50 € bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben. Beim Ausfall handeln wir nach §615 BGB. Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten, bzw. das Praxishonorar selbst zu zahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Praxis für Chiropraktik Butsch & Ritter.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit den obigen Angaben einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten)