

TOBIAS OHMEN

reconnection

Tobias Ohmen - Heilpraktiker
Chiropraktiker
Hypnosetherapeut

Regentenstraße 45a
41061 Mönchengladbach

Telefon 02161-8274647
Email info@tobiasohmen.de

www.tobiasohmen.de

Anamnesebogen Chiropraktik

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ geboren: ____/____/____

Straße/ Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon (geschäftlich): _____ Telefon(privat): _____

Mobiltelefon: _____ Email: _____

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Name: _____ Vorname: _____ geboren: ____/____/____

Krankenversicherung

☐ Selbstzahler

☐ Privatversicherung bei _____ Beihilfe Ja ☐ Nein ☐

☐ Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei _____

Allgemeine Angaben

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Beruf: _____ Hobby: _____

Kinder: ☐ ja, Anzahl _____ Geburtsjahr _____ ☐ nein

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? ☐ Empfehlung ☐ Internet

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung? ☐ ja, bei _____ ☐ nein

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? ☐ nein ☐ ja, wegen _____

Wie heißt Ihr/e Hausarzt/ Hausärztin? _____

Angaben zum Gesundheitszustand

Welche nennenswerten Krankheiten hatten Sie in den letzten fünf Jahren?

An welche Krankheiten leiden Sie chronisch?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Welche Erkrankungen kommen in Ihrer Familie gehäuft vor?

Sie haben/ hatten (was, wann, wo und welche?):

Unfälle/ Stürze:_____

Knochenbrüche:_____

Operationen:_____

Künstliche Gelenke:_____

Krebserkrankungen:_____

Allergien/ Unverträglichkeiten:_____

Schuheinlagen: O nein O ja Absatzerhöhung: O nein O ja - links O ja - rechts

Zahnspangen: O nein O ja Zahnbißsschiene: O nein O ja Bauchschläfer: O nein O ja

Das Alltägliche :

- Schlafstunden:_____Std./ Nacht - Wasser:___l/ Tag - Alkohol:_____Gläser/ Woche

- Koffein:_____Tassen/ Tag - Sport:___Std./Woche - Zigaretten:___/ Tag

Welche Note von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) würden Sie Ihrem aktuellen

Gesundheitszustand geben? O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6

Erläutern Sie bitte kurz, warum Sie heute in meine Praxis kommen

Seit wann haben Sie dieses Problem?

☐ Tagen ☐ Wochen ☐ Monaten ☐ Jahren ☐ eigentlich schon immer

Seitdem das Problem angefangen hat, ist es:

☐ gleich geblieben ☐ besser geworden ☐ schlechter geworden

Ihr Problem verschlimmert sich, wenn Sie: _____

Ihr Problem verbessert sich, wenn Sie: _____

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim:

☐ Arbeiten ☐ Schlafen ☐ Sitzen ☐ Gehen/ Laufen ☐ Liegen ☐ Entspannen

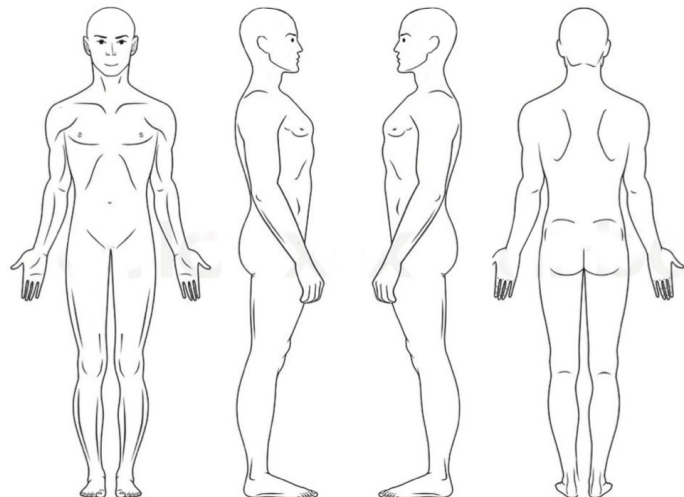
Nehmen Sie aufgrund Ihrer Beschwerden Medikamente ein?:

☐ nein ☐ ja, welche? _____

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

Bisherige Therapien und Maßnahmen gegen Ihre aktuellen Beschwerden:

Markieren Sie Ihre Problemzonen:



Hier finden Sie sich wieder:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Geschmacksstörung | ☐ Steifheit/ Rheuma |
| ☐ Migräne | ☐ Geruchsstörung | ☐ Menstruationsprobleme |
| ☐ Konzentrationsschwierigkeiten | ☐ Ängste/ Gemütsleiden | ☐ Wechseljahresbeschwerden |
| ☐ Gleichgewichtsprobleme | ☐ Lichtempfindlichkeit | ☐ Nervosität/ innere Unruhe |
| ☐ Brain Fog | ☐ Schlafstörungen | ☐ Asthma/ Kurzatmigkeit |
| ☐ Schwindel | ☐ Blutdruckprobleme | ☐ Sodbrennen |
| ☐ Benommenheit | ☐ Schilddrüsenprobleme | ☐ Verdauungsprobleme |
| ☐ Nackenschmerzen | ☐ Sehstörungen | ☐ Magenleiden |
| ☐ Kiefergelenksprobleme | ☐ Gewichtsprobleme | ☐ Hautprobleme |
| ☐ Zahnprobleme | ☐ starkes Schwitzen | ☐ Augenzucken |
| ☐ Rückenschmerzen | ☐ Blasenleiden | ☐ schwaches Immunsystem |
| ☐ Schulterschmerzen | ☐ Krampfadern | ☐ Verspannungen |
| ☐ Knieschmerzen | ☐ Osteoporose | ☐ Herzleiden |
| ☐ Hüftschmerzen | ☐ Tinnitus | ☐ Stimmungsschwankungen |
| ☐ Armbeschwerden | ☐ Ohrgeräusche | ☐ Gedankenkreisen |
| ☐ Beinbeschwerden | ☐ Nebenhöhlenprobleme | ☐ geringe Schmerztoleranz |
| ☐ kalte Hände/ kalte Füße | ☐ wenig Energie | ☐ geringe Stress-Resilienz |

Liebe Patientin/ Lieber Patient (und jetzt das etwas kleiner Gedruckte...),
die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren sind ausschließlich sanfte amerikanische Techniken. Dennoch bin ich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Im Folgenden finden Sie zwei relevante Urteile deutscher Gerichte. Bitte nehmen Sie sich noch zwei Minuten Zeit.

1. Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf (vom 08.07.1993, Zeichen 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen 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.“

2. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart (vom 20.02.1997, Zeichen 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden 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 der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Zum Thema Abrechnung und Terminvereinbarung:

Meine Praxis ist eine **reine Bestellpraxis**. Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reserviere ich für Sie Termine. Ich werde versuchen, Ihnen bei Ihren Terminwünschen entgegenzukommen.

Sollten Sie einmal einen vereinbarten **Termin nicht wahrnehmen können, so sagen Sie diesen bitte 24 Stunden vorher ab**. Wird der Termin zu spät abgesagt und kann nicht neu vergeben werden, so bitte ich um Ihr Verständnis, dass ich Ihnen die Kosten für diesen Termin als **Praxisausfallkosten** nach BGB/§252 in Rechnung stellen kann.

Die **Abrechnung** entspricht einer **privaten Liquidation**. Vertragspartner ist der Patient, nicht seine Krankenkasse, Sie sind daher **unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner** mit mir. Für **Privatversicherte** richtet sich die **Liquidation** nach der **Gebührenordnung für Heilpraktiker** (GebÜH). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Ich übernehme daher für eine volle Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Leider zahlen **gesetzliche Krankenkassen** grundsätzlich **keine Heilpraktikerleistungen**, daher müssen Sie die anfallenden **Kosten selbst übernehmen**. Die Kosten richten sich nach dem jeweiligen medizinischen Aufwand und orientieren sich an den Sätzen der GebÜH.

Die **Kosten für Selbstzahler** sind unverzüglich im Anschluss an die Behandlung per **EC-Kartenzahlung** zu entrichten.

Privatpatienten erhalten eine **detaillierte Auflistung** der Behandlungskosten (**Rechnung**) zwecks **Einreichung** bei ihrer **privaten Krankenversicherung**.

Einverständniserklärung:

Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich 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 meiner eigenen Verantwortung. Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Praxis RECONNECTION Tobias Ohmen - Heilpraktiker.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner gemachten Angaben.

Mönchengladbach, den ____ / ____ / ____ Unterschrift: _____