

Anmeldung Praxis Biller

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße / Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____ mobil: _____

Email: _____ Name der Krankenkasse: _____

Privatversichert: ja nein Beihilfeberechtigt: ja nein

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

Sport: leider gar nicht gelegentlich regelmäßig viel was? : _____

Von folgenden Genussmittel / Suchtmittel verzehre / genieße ich zu viel: _____

Meine Ernährung ist: sehr gut mittelmäßig eher schlecht Ich trinke _____ Liter Wasser / Tag

Krankheiten in den letzten 3 Jahren (Unfälle, Krebs, genetische Erkrankungen) _____ wann: _____

Chronische oder familiär gehäufte Krankheiten sind: _____

Nehmen Sie irgendwelche **Medikamente** ein? ja nein Wenn ja welche? _____

_____ wie lange: _____

Schmerzmedikament entzündungshemmende Medikamente Diabetes Medikamente Kortison Antirheumatika
 Chemotherapie Hormone Blutverdünner/Marcumar

Haben Sie irgendwelche Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein Wenn ja welche? _____

Sind oder waren Sie in psychologischer/neurologischer Behandlung? ja nein

Bisherige Operationen: ja nein wann: _____ warum: _____

Haben Sie Narben? ja nein wo? _____

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier ja nein

Ich habe „akute oder chronische“ **Beschwerden** im Bereich: Lendenwirbelsäule Brustwirbelsäule Halswirbelsäule

Gelenke _____ andere _____

Sind Ihnen Wirbelsäulenkrankheiten bekannt? ja nein welche? _____

(z.B. Bandscheibenschäden, Osteoporose, Gleitwirbel, Wirbelstenosen, Skoliosen, Beinlängendifferenz, Unfälle, Operationen. Rheuma)

Meine Beschwerden habe ich seit: _____ Jahren, _____ Monaten, _____ Tagen

Meine Beschwerden treten immer wieder auf besonders wenn ich _____

Gab es eine Ursache? Autounfall Sturz weiß nichts andere: _____ wann: _____

Sind Sie in ärztlicher oder sonstiger Behandlung? nein ja, bei Arzt Heilpraktiker Therapeut

Gibt es hierüber Befunde oder Bilder? Ja nein **wenn ja, bitte zum Erstbesuch mitbringen!**

Welche Therapien wurden hierfür bisher gemacht? _____

Tragen Sie Schuheinlagen eine Absatzerhöhung rechts links

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung ja nein wann: _____ bei _____

Hier finde ich mich wieder!

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Essen schlingen | <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Hautirritationen | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Nagelprobleme | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> schlechtes Allgemeinbefinde | <input type="checkbox"/> Orangenhaut |
| <input type="checkbox"/> Bindegewebsschwäche | <input type="checkbox"/> Tränensäcke | <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Morgens müde |
| <input type="checkbox"/> brauche viel Kloopapier | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden | <input type="checkbox"/> kein Frühstück | <input type="checkbox"/> Keine Zeit zum Essen |
| <input type="checkbox"/> Spätes Essen | <input type="checkbox"/> Fertigprodukte / Fast Food | <input type="checkbox"/> wenig Obst / Gemüse | <input type="checkbox"/> Amalganfüllungen |
| <input type="checkbox"/> schlechte Zähne | <input type="checkbox"/> Ich bin zufrieden | <input type="checkbox"/> Einsamkeit | <input type="checkbox"/> möchte mein Leben ändern |
| <input type="checkbox"/> Elternsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> schlimme Vergangenheit | <input type="checkbox"/> Süßes ist lecker | <input type="checkbox"/> Verspannungen |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | | |

*Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Stunden vorher absagen** muss. Außerdem bin ich darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Höhe des tatsächlichen Preises in Rechnung gestellt werden. (BGB / § 252)*

Abrechnung

Die Praxis Biller möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger **Vertragspartner** mit dieser sind.

1. Sind Sie **gesetzlich** versichert, informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise die in der Praxis aushängen. Die Bezahlung erfolgt in der Regel unverzüglich nach jeder Behandlung sofern nichts anderes vereinbart wurde. Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die diese Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt.
2. Sind Sie **privat- oder Zusatzversichert**, erhalten Sie in der Regel laut **Gebührenordnung für Heilpraktiker** eine Rechnung. Wir arbeiten in dieser Praxis diagnostisch und therapeutisch konzeptorientiert zum Wohl und Gesundheit unserer Patienten. Die Behandlungskombinationen basieren auf unserer langjährigen Erfahrung und werden individuell auf Ihre Beschwerden angepasst. Einige Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Für eine volle Erstattung unserer Leistungen werden wir uns bis zu einem bestimmten Punkt bemühen, können dies aber leider nicht garantieren. Entscheidend bei der Kostenübernahme ist auch häufig Ihr gewählter Tarif.

Allgemeine Aufklärungspflicht der Praxis Biller, Truderinger Str. 273, 81825 München

Lieber Patient,
die in der Praxis Biller durchgeführten Diagnose und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir als Praxis vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Sie über die Gefahren von Chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nehmen Sie sich hierfür noch 1 Minute Zeit!

1. **Urteil der OLG Düsseldorf (vom 08.03.1993 302/91)**
„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären“. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient hierüber aufgeklärt wird. Es kann trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen.
2. **Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 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 ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

Unser Statement hierzu:

1. Grundsätzlich kann jede Behandlung mit einem Risiko behaftet sein, sei es Chiropraktik, Akupunktur, Neuraltherapie sogar die Einnahme von Aspirin.
2. Bei der sanften amerikanischen Chiropraktik, die in unserer Praxis angewandt wird, ist das Risiko auf ein Mindestmaß reduziert und ganz im Gegenteil zum Risiko behandeln wir Bandscheibenschäden in vielen Fällen mit großem Erfolg.
3. Bei entsprechenden Risikofaktoren werden grundsätzlich bildgebende Maßnahmen hinzugezogen, um eine eventuelle Gefahr auszuschließen.
4. Anhand dieses Fragebogens und durch umfangreiche Untersuchungen können eventuelle Risikofaktoren nahezu ausgeschlossen bzw. vorab festgestellt werden.

Ich wurde/werde über evtl. Risiko- bzw. 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 Eigenverantwortung des Patienten. Bei Unklarheiten sprechen Sie mit uns, ihr Therapeut setzt sonst Ihr Behandlungseinverständnis voraus. Die Erklärung wurde vollständig gelesen und verstanden.

*Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie nach angemessener / keiner Bedenkzeit diese Kenntnisnahme, die Richtigkeit Ihrer Angaben, erteilen uns Ihre **Einverständnis**, fühlen sich ausführlich informiert und willigen die Behandlung ein.*

München, den _____

Unterschrift **X** _____