

Willkommen in der Holbeinpraxis

PERSONALIEN

Name _____
Vorname _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____
Nationalität _____

Telefon Privat _____
Telefon Geschäft _____
Natel _____
E-Mail _____
Beruf _____

VERSICHERUNG

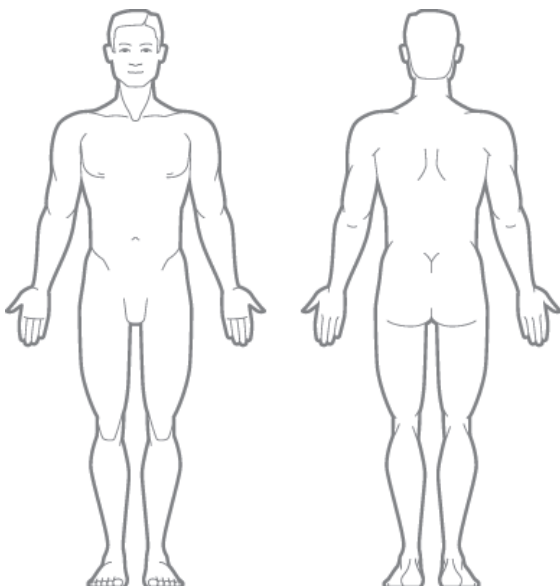
Krankenkasse _____
Versicherungsmodell
 Freie Arztwahl
 Hausarztmodell / HMO
 Telemed-Modell

Bei Unfall

Unfallversicherung _____
Unfall-Nr. _____
Unfall-Datum _____

SCHMERZEN

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



HAUSARZT

Name, Vorname, Ort:

ZUWEISUNG

- keine
 Hausarzt
 andere:

Seit wann haben Sie Schmerzen?

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

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

Bitte wenden!

ALLGEMEINES

Grösse (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja Nein

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

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

Leiden oder litten Sie unter:

Schwindel

Kopfschmerzen

Sehstörungen

Schlaganfall

Herz- / Kreislaufbeschwerden

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Rheumatische Krankheiten

Krebs / Tumor

Atemschwierigkeiten

Verdauungsstörungen

Allergien

Psychischen Erkrankungen

Konzentrationsstörungen

andere Krankheiten _____

Ich erteile die Erlaubnis, Röntgenbilder, Berichte und sonstige medizinische Auskünfte einzuholen oder an eine andere Medizinalperson weiterzuleiten. Des Weiteren erlaube ich die Weiterleitung der zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die zuständigen Versicherungen und Krankenkassen sowie an allfällige Inkassostellen, Rechtsanwälte und zuständige staatliche Instanzen.

Die chiropraktische Behandlung ist grundsätzlich sicher. Komplikationen können wie bei allen medizinischen Behandlungen auftreten, sind aber bei dieser Form der Behandlung äusserst selten. Nebenwirkungen wie vorübergehende lokale Verspannungen treten gelegentlich auf und klingen in der Regeln innert weniger Tage ab. Ernsthafte Komplikationen im Anschluss an eine Manipulationsbehandlung der Halswirbelsäule wurden in der Literatur vereinzelt dokumentiert. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen konnten einen direkten kausalen Zusammenhang jedoch nicht bestätigen.

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. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Behandlungen durch Leistungserbringer mit Sitz innerhalb der Holbeinpraxis, Holbeinstrasse 65, 4051 Basel, ist Basel.

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

Datum, Unterschrift
