

Willkommen in der Holbeinpraxis

### PERSONALIEN

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_

Name und Vorname Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_

Adresse und Telefon-Nummer Erziehungsberechtigte/r  
(falls anders)

\_\_\_\_\_

### VERSICHERUNG

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsmodell

- Freie Arztwahl
- Hausarztmodell / HMO
- Telemed-Modell

### HAUSARZT

Name, Vorname, Ort:

\_\_\_\_\_

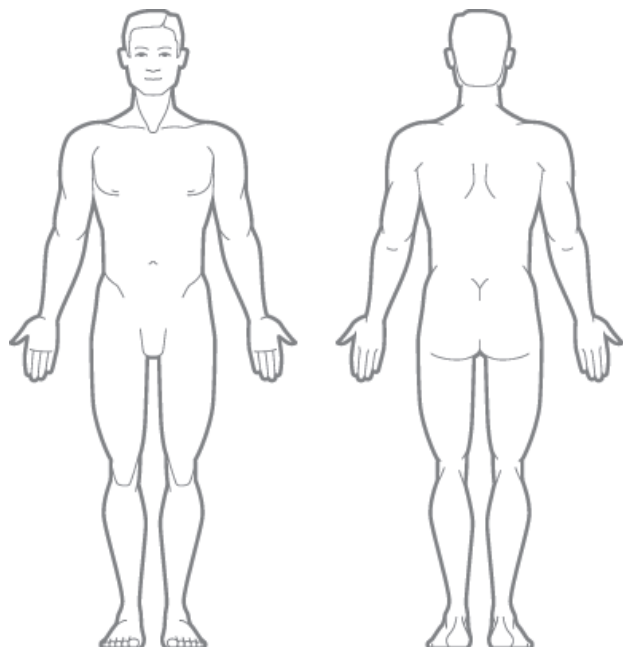
### ZUWEISUNG

- keine
- Hausarzt
- andere:

\_\_\_\_\_

### SCHMERZEN

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



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

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 Regel 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  
Erziehungsberechtigte/r oder gesetzliche(r) Vertreter(in)

Datum, Unterschrift Patient(in)  
(Sofern urteilungsfähig. Dies wird durch den/die  
Chiropraktor(in) bestimmt)