Chiropraktik Zentrum Hannover
Bödekerstraße 3, 30161 Hannover

Patienten Nr.

Aufklärungsbogen

Sorgfalts- u. Aufklärungspflicht gebieten uns jeden Patienten über eventuelle Risiken zu informieren.

Behandlungsrisiken:

Qualifiziert und nach den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation ausgeübt,(u.a. 5 Jahre Studium an einer anerkannten Universität) bietet die Chiropraktik ein hohes Maß an Sicherheit. Studien belegen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Nervenschädigung durch eine chiropraktische Behandlung der Lendenwirbelsäule sehr gering ist, nämlich 1:100 000. Noch geringer ist das Risiko einer Verletzung der Arteria Vertebralis (Arterie in der Halswirbelsäule) mit folgendem Schlaganfall <6:10 000 000. (*1:General Chiropractic Council, England) Es wird vermutet, dass bei der Bevölkerung ähnliche Risiken auch ohne chiropraktischeBehandlung durch Bewegungen und Belastungen im Alltag auftreten.

Behandlungsreaktionen:

Nach der Behandlung treten manchmal nach einigen Stunden bis hin zu Tagen muskelkaterähnliche Schmerzen oder eine kurzfristige Verschlechterung der Symptome auf.
Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen, teilweise begleitet mit leichtem Schwindel und/oder Übelkeit. Auch ein gewisses Instabilitätsgefühl kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit einstellen.
In der Regel verschwinden diese schnell von selbst. Sollten Sie sich unsicher sein, ob bei Ihnen auftretende Reaktionen ganz normal sind, bitten Sie um telefonischen Rückruf Ihres behandelnden Chiropraktors.

Sollten Sie vor der ersten Behandlung noch weitere Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an ihren Chiropraktor **bevor** Sie dieses Dokument unterzeichnen und damit bestätigen,dass Sie sich **ausreichend über die Risiken chiropraktischer Behandlungen informiert fühlen.**

Terminvereinbarung:

Ihre Behandlungen erfolgen in unserer Praxis zu speziell für Sie reservierten Terminen. Sollten Sie Ihren Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir mindestens 24 Stunden vor IhremTermin um telefonische Absage zu unseren Sprechzeiten. Wir behalten uns vor, bei Nichteinhalten ein Ausfallhonorar iHv. 50% der Behandlungskosten in Rechnung zu stellen.

Kostenerstattung:
Bitte beachten Sie, dass die Behandlungskosten von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden. Jedoch ändern sich die Leistungserstattungskriterien der gesetzlichen Krankenkassen zugunsten der chiropraktischen Behandlungen unter anderem auch im Zusammenhang mit Bonusprogrammen oder Zusatzversicherungen. Die privaten Krankenkassen, die Beihilfe u. ä. erstatten die Behandlungskosten nach jeweils unterschiedlichen Sätzen. **Daher können wir keine Gewähr für eine volle Erstattung durch diese Kostenträger übernehmen.** Die ausgestellten Rechnungen orientieren sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH). Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer eventuellen Rückerstattung der Kosten für Ihre Behandlung in unserer Praxis.

....

Ort, Datum **Unterschrift**

(1) Haldeman S., Kohlbeck F.J., McGregor M. (1999) Risk Factors and Precipitating Neck Movements Causing Vertebrobasilar Artery Dissection After Cervical Tauma And Spinal Manipulation, Spine 24 (8):785-794

Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten

Ich bin damit einverstanden, dass das Chiropraktik Zentrum Hannover, Marcel Wollenhaupt, Bödekerstr. 3, 30161 Hannover, Daten zu meiner Gesundheit (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung meiner Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in Papierformat und einer elektronischen Patientenakte.
Ich bin damit einverstanden, dass das Chiropraktik Zentrum Hannover meine persönlichen Daten nutzt, um mich für das Online Booking Tool zu registrieren und mir den Zugang zu ermöglichen. Zudem bin ich damit einverstanden, dass das Chiropraktik Zentrum Hannover mir Informationen, die meine Behandlung, meine Termine oder die Praxis wie Themen rund um die Chiropraktik betreffen, zusenden darf.
Ich kann meine Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen, indem ich eine E-Mail an kontakt@chiropraktikzentrum-hannover.de schreibe.

Hinweise:
Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen – nicht möglich; die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten. Sie können Ihre erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit gegenüber uns widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Wir führen die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fort. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.
Bitte beachten Sie unser Merkblatt „Information zum Datenschutz“ (Aushang im Wartezimmer).
Dieses enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und Speicherdauer.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Unterschrift	Ort, Datum