

**Praxisanschrift**

Dipl.-Biol. HP. Christian Rau  
Buttenstraße 11 · 34396 Niedermeiser  
Tel.: 05676 - 920 945 (AB)  
e-Mail: [kontakt@hp-rau.de](mailto:kontakt@hp-rau.de)



Selbstauskunft & Behandlungsvertrag

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

ich begrüße Sie herzlich in meiner Privatpraxis.  
Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit zum Ausfüllen dieser Unterlagen. Sie dienen als Information über die von mir angebotenen Behandlungsmethoden und Zahlungsmodalitäten. Die Selbstauskunft zu Ihrer gesundheitlichen Verfassung (Anamnese) ist Teil Ihrer persönlichen Gesundheitsakte. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Bei Unklarheiten ergänzen wir entsprechende Zeilen gemeinsam im persönlichen Gespräch.

Interner Vermerk: DD-t \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ |  QPM  QPP  QNN  -Z | \_\_\_\_\_

**KONTAKTDATEN**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Hausnr., PLZ: \_\_\_\_\_ DE- \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz: \_\_\_\_\_

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

**Bei minderjährigen:**  
Angaben zur erziehungsberechtigten Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Hiermit bestätige ich als erziehungsberechtigte Person per Unterschrift, dass mein Kind chiropraktisch behandelt werden darf:

\_\_\_\_\_

**VERSICHERUNGSSTATUS**

Gesetzliche KV  Private KV

Zusatzversichert  Beihilfeberechtigt

**Versicherungsunternehmen**

\_\_\_\_\_

**BERUF**

Beruf: \_\_\_\_\_  Überwiegend sitzend

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  Körperlich anstrengend

## HAUSARZT

Name: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

## LAUFENDE BEHANDLUNG (FALLS ZUTREFFEND)

Diagnose: \_\_\_\_\_

Behandlungsbeginn

Behandlung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

Therapeut:  Arzt  Osteopath  Heilpraktiker  Physiotherapeut

## NENNENSWERTE ERKRANKUNGEN, DIAGNOSEN, UNFÄLLE UND OPERATIONEN

(z.B. Krebs, Bandscheibenvorfall, Bluthochdruck, rheumatoide Polyarthritis, Allergien, Knochenbrüche ...)

Datum

Diagnose / Erkrankung / Unfall / Operation

____.	____.	_____
____.	____.	_____
____.	____.	_____
____.	____.	_____
____.	____.	_____
____.	____.	_____
____.	____.	_____
____.	____.	_____

## MEDIKAMENTE, HORMONE, SUPPLEMENTE

Kategorie

Wirkstoff

Dosis / Häufigkeit

Schmerzmittel (NSAR)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schmerzmittel (Betäubungsmittel)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cortison (SAR)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antirheumatika (außer NSAR)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schilddrüsenhormone

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hormonelle Verhütungsmittel

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Herz / Blutdruck

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antidepressiva

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Andere

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## GEBURTEN (FALLS ZUTREFFEND)

Geburten Komplikationen / Kaiserschnitt etc.

## SPORTLICHE AKTIVITÄTEN

Sportliche Aktivität	selten	monatlich	wöchentlich	täglich
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## STRESSLEVEL

	niedrig	moderat	erhöht	extrem
Beruflich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GRÖÖE & GEWICHT

Körpergröße:  m

Gewicht:  kg

## GENUSS- & RAUSCHMITTEL

Nikotin  pro

Alkohol  pro

## WIE HABEN SIE VON DIESER PRAXIS ERFAHREN?

- Persönliche Empfehlung     Außenwerbung     Internet (Suchmaschine)

## CHECKLISTE FÜR DEN TERMIN

- FFP2-Maske  
 Großes Handtuch  
 Bargeld  
 Diese Unterlagen

## ALLGEMEINE BESCHWERDEN

	Häufigkeit			Anmerkung
	selten	gelegentlich	oft	
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzentrationschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohrgeräusche / Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kieferknacken / Fehlbiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## SONSTIGES

- Gangunsicherheit / häufiges Anstoßen oder Stolpern
  - Mein Pferd verhält sich beim Reiten ungewöhnlich / Steigbügel gefühlt ungleich
  - Skoliose (seitliche Krümmung der Wirbelsäule) / „Ungleich lange“ Beine
  - Absatzerhöhung / Fußkeil / orthopädische Einlagen (auch in der Vergangenheit)
  - Schmerzhafter Sturz auf das Steißbein (auch in der Vergangenheit)
  - Harninkontinenz
  - Einschlafprobleme (Einschlafphase > 20 Minuten)
  - Durchschlafprobleme (häufiges, grundloses Aufwachen in der Nacht)
  - Starkes nächtliches Schwitzen
- Ich schlafe  Stunden lang und fühle mich danach:     erholt     unerholt
- Bevorzugte Schlafposition:     Bauchlage     Seitenlage     Rückenlage

## BESCHWERDEN DES BEWEGUNGSAPPARATES

Symptomatik						Position	Stärke	Anmerkung
<p style="text-align: center;"><i>Verspannung</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Schmerzen</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Schwäche</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Unbeweglichkeit</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Taubheit / Kribbeln</i></p>	↓	↓	↓	↓	↓	<b>l</b> = links <b>r</b> = rechts <b>b</b> = beidseitig <b>v</b> = vorne <b>h</b> = hinten	<b>1</b> = erträglich <b>2</b> = nervig <b>3</b> = stark <b>4</b> = extrem	Z.B.: Häufigkeit, Abhängigkeit von Tageszeit / Nahrung oder Zyklus, ...
Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lendenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## Behandlungsmethoden und allgemeine Aufklärungspflicht

Im folgenden werden die angebotenen Behandlungsmethoden in Kurzform beschrieben. Ausführlichere Erläuterungen finden im Erstgespräch statt. Bitte lesen Sie diese Information gründlich durch und bestätigen Sie die Kenntnisnahme schriftlich nach dem Erstgespräch.

### Massage (medizinische, keine Wellness-Behandlung)

Bei Verspannungen tiefliegender Muskelschichten und als Vorbereitung zur Korrektur gefestigter Gelenkblockaden bietet sich diese manuelle Therapieform an. Durch Zug und Druck wird die Durchblutung und Dehnungsfähigkeit von Haut, Muskeln und Bindegewebe gesteigert. Gestaute Gewebsflüssigkeit kann dadurch über die Lymphbahnen abgeleitet werden, was die mechanische Reizung der Nervenenden herabsetzt und somit den Spannungsschmerz lindert. Chiropraktische Anwendungen halten erfahrungsgemäß länger, wenn gelenkassoziiertes Gewebe auf diese Weise mitbehandelt wird.

Nebenwirkungen: Eine umfangreiche Muskel- / Bindegewebsmassage kann durchaus schmerzhaft sein und zu gesteigerter Müdigkeit und Abgeschlagenheit nach dem Termin führen. Je nach Stärke der vorliegenden Verspannung ist Muskelkater bis zu 48 Stunden nach der Behandlung möglich. In Anbetracht der o.g. Wirkungen ist die medizinische Massage jedoch empfehlenswert. Begleiterscheinungen lassen sich oft durch Wärmeanwendungen lindern.

### Akupressur

Wird Muskelgewebe über das Maß seiner Kompensationsfähigkeit hinaus beansprucht, führt dies häufig zu kleinen, lokalen Verhärtungen (Myogelose). Diese druckschmerzhaften Punkte werden auch als Tenderpoints oder Triggerpunkte bezeichnet. Bei der Akupressur werden sie durch intensiveren Druck gelockert. Im Gegensatz zur Akupunktur - einer Therapiemethode der traditionellen chinesischen Medizin - ist die Akupressur eine nichtinvasive Behandlungsmethode mit ähnlichen Therapieerfolgen. Zur Anwendung kommt sie auch im Rahmen der Reflexzonen-therapie.

Nebenwirkungen: Durch die Gewebedehnung werden Schmerz- und Stellungsrezeptoren angeregt. Je Beschwerdeumfang kann diese Reizung vorübergehend recht schmerzhaft sein und in den folgenden Tagen zu muskelkaterähnlichen Empfindungen führen.

### Reflexzonen-therapie

Das räumliche Auflösungsvermögen der Großhirnrinde ist bezüglich sensibler Nervensignale von inneren Organen stark eingeschränkt. Man kann beispielsweise genau angeben, wo ein juckender Mückenstich liegt - welcher Zentimeter Dünndarm bei einer Entzündung betroffen ist, lässt sich hingegen nur schwer beurteilen. Das Großhirn weist in solchen Fällen fälschlicherweise einem Hautareal, das sich im selben Versorgungsgebiet des Rückenmarks wie das irritierten Organ befindet (HEAD'sche Zone), eine Schmerzempfindung zu. Diese wird als übertragener Schmerz oder viszerokutaner Reflex bezeichnet. Dabei können ganze neuronale Geflechte Irritationen aufweisen.

Bei der Reflexzonen-therapie wird z.B. mittels Akupressur des betroffenen Areals eine Reflexumkehr mit Auswirkung auf das mit ihr verbundene Organ angestrebt. Diese Therapieform hat ihre auf Erfahrungswerten beruhende Daseinsberechtigung. Über Reflexzonenakupressur lässt sich beispielsweise die tiefliegende Rückenmuskulatur entspannen, ein schmerzhaft aufgetriebener Magen beruhigen oder lang anhaltender Schluckauf beenden. Allgemein bekannt ist diese Therapieform auch aus der Traditionellen Chinesischen Medizin im Rahmen der Ohrakupunktur oder Behandlung von Meridianen.

## Amerikanische (spezifische) Chiropraktik

Die amerikanische Chiropraktik ist eine ganzheitliche, nichtinvasive, manuelle Behandlungsmethode, bei der sich in Fehlstellung (Blockade / Subluxation) befindliche Gelenke und gelenkartige Strukturen durch gezielte, kurze Impulse in eine physiologisch korrekte Stellung zurück gebracht werden. Sie grenzt sich von unspezifischen chiropraktischen und mobilisierenden Techniken ab, bei denen Stärke, Richtung und Kontaktpunkt der Impulsgebung nicht der Fehlstellung entsprechend gewählt werden. In der amerikanischen Chiropraktik werden ausschließlich vorhandene Fehlstellungen korrigiert (Adjustierung). Die Adjustierung ist in der Regel nicht schmerzhaft. Die Risiken dieser Technik sind auf Grund ihrer Spezifität auf ein Mindestmaß reduziert und sehr selten. Dennoch wird vom Gesetzgeber die Aufklärung über mögliche Risiken verlangt:

1. Urteil vom OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 302 / 91)  
„Über eventuelle Gefahren von chiropraktischen 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 chirotherapeutischen Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“
2. Urteil des OLG Stuttgart (vom 30.02.1997 14 U 44 / 96)  
„Ein Heilbehandler (Arzt / Heilpraktiker / Osteopath) 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 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 verhindern.“

Nebenwirkungen: Bei der chiropraktischen Korrektur können knackende Geräusche auftreten. Diese entstehen durch den kurzzeitigen Anpassungsvorgang des Bandapparates und Kavitation: ein Prozess, bei dem die Gelenkflüssigkeit durch Unterdruck ausgast (Lockerung der Gelenkstruktur beim Impuls) und die Gasblasen bei Erreichen des Normaldrucks (Gelenk wieder in korrekter Stellung) implodieren. Durch die schnelle Bewegung der Knochen entstehen außerdem kleine Druckwellen im angrenzenden Gewebe, was ebenfalls hörbar sein kann. Die statischen Veränderungen führen häufig in den folgenden Tagen zu weiteren Anpassungsvorgängen des Körpers. Dabei können muskelkaterähnliche Empfindungen auftreten und erneut entstandene Blockaden sich selbstständig hörbar lösen.

Risiken: Keine Therapie ist frei von Nebenwirkungen oder Risiken. Da ich leider nicht über einen unfehlbaren Röntgenblick verfüge, basiert meine Einschätzung über die gefahrenfreie Durchführung einer chiropraktischen Behandlung neben vielen weiteren Faktoren auf Erfahrungswerten, laufender palpatorischer Diagnostik und der von Ihnen abgegebenen Selbstauskunft zur gesundheitlichen Verfassung. Im Zweifelsfall sehe ich von einzelnen Behandlungsschritten ab und teile Ihnen meine Begründung umgehend mit. Über seltene, speziellere oder nur für Sie persönlich bestehende Behandlungsrisiken kläre ich im Erstgespräch gesondert auf.

### **Eigenverantwortung bezüglich anderer Behandlungen**

Sollten andere, ggf. ärztlich vorgeschlagene Behandlungen wie Operationen, Chemo-, Physio- oder Schmerztherapien zu Gunsten einer Behandlung in meiner Praxis abgelehnt oder aufgeschoben werden, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten.

## DATENSCHUTZ

Angaben, die Sie in diesen Unterlagen und den Behandlungsgesprächen tätigen, werden schriftlich erfasst und computertechnisch in Ihrer persönlichen Gesundheitsakte gespeichert. Ich behalte mir vor, Ihre Daten an eine Abrechnungsstelle weiterzuleiten, von der aus Sie dann die Rechnung zur Behandlung erhalten. Für diesen Zweck werden personenbezogene Daten, Diagnosen und die erfolgten Behandlungen übermittelt. Ihnen entstehen dadurch keine zusätzlichen Kosten. Die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz werden strikt eingehalten. Auf Verlangen haben Sie das Recht, Einsicht in Ihre Akte zu erhalten oder Ihre Daten löschen zu lassen.

## ABRECHNUNG & KOSTEN

Mit diesem Behandlungsvertrag verpflichten Sie sich als Patient, die von mir Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen direkt nach dem Termin zu vergüten. Dritte (zum Beispiel Ihre Krankenkasse) sind nicht Partei dieses Vertrages - unabhängig davon, ob diese sich Ihnen gegenüber zur Leistungsvergütung verpflichtet haben.

Mittlerweile erstatten die gesetzlichen und die meisten privaten Krankenkassen Leistungen von Heilpraktikern nicht, nur anteilig oder nur bei bestimmten Anwendungen. Auch bei Zusatzversicherungen ist es ratsam, deren Leistungskatalog hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit und maximalen -Höhe genau zu prüfen. Fragen Sie am besten bei Ihrem Versicherungsmakler nach.

Quittung erwünscht:  per Mail  per Post

### Die Behandlungsgebühr ist zum jeweiligen Termin in bar zu begleichen.

Die Kosten setzen sich wie folgt zusammen, sofern nicht anders vereinbart:

<u>Terminart</u>	<u>Gebühr</u>	<u>Dauer</u>	<u>Umfang</u>
Erster Termin	135 €	90 Minuten	Ausführliches Anamnesegespräch, Befundsichtung, Diagnose, Behandlung
Folgetermin	80 €	60 Minuten	Kurzgespräch, Diagnose, Behandlung
Verlängerung	20 €	pro angefangenen 15 Minuten	Nach Bedarf und Absprache

Um die Anzahl eventuell notwendiger Folgebehandlungen gering zu halten und zu einem zufriedenstellenden Behandlungsergebnis zu kommen, ist es manchmal ratsam, eine Behandlung zu verlängern. Ich plane Termine meist so, dass diese Möglichkeit gegeben ist.

Die Aufenthaltsdauer in der Praxis lässt sich hinsichtlich der Corona-Pandemie sinnvoll verkürzen, indem Sie mir diese Unterlagen vorab zur Durchsicht zuschicken. Verwenden Sie aus Datenschutzgünden für den Versand per e-Mail bitte die verschlüsselte Version. Das Passwort teile ich Ihnen gern telefonisch mit.

## TERMINVEREINBARUNG, TERMINABSAGE UND PRAXIS-AUSFALLGEBÜHR

Zur Reduzierung von Wartezeiten reserviere ich für Sie Termine. Falls Sie einen vereinbarten Termin kurzfristig absagen oder verschieben müssen, bitte ich um telefonische Rückmeldung unter 05676-920945 (Nachricht auf dem Anrufbeantworter genügt).

Terminabsagen bis 24 Stunden vor eigentlichem Beginn werden nicht in Rechnung gestellt. Gleiches gilt, falls der Termin gegebenenfalls noch anderweitig vergeben werden kann.

Andernfalls bin ich nach BGB § 252 berechtigt, Praxisausfallkosten in Rechnung zu stellen. Diese betragen: 25 € pro Termin.

Bitte haben Sie Verständnis, dass ich keine vollständige Behandlung mehr anbieten kann, wenn Sie sich zum vereinbarten Termin verspäten sollten.

Bei Missachtung der Covid19-Sonderregelungen (siehe letzte Seite) wird die Behandlung abgebrochen.



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

- Ich wurde mit diesem Dokument und im Erstgespräch ausführlich über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchzuführenden Maßnahmen in Kenntnis gesetzt. Es bestehen diesbezüglich keine Unklarheiten. Ich bin mit der Behandlung einverstanden.

Gegebenenfalls erhobene Einwände werden im folgenden schriftlich festgehalten:

---

- Ich habe keine Angaben verschwiegen, die zum Zweifel an der Eignung einer chiropraktischen Behandlung für mich führen könnten (Zehrende Krankheiten / Tumoren, Bandscheibenvorfall, starke Osteoporose, strukturelle Verletzungen der Wirbelsäule, Nervenschäden)
- Mir ist bewusst, dass eine einmalige, kurze oder nur symptombezogene Behandlung die Ursache meiner Beschwerden gegebenenfalls nicht vollständig behebt und so erneute Behandlungen nötig sein können
- Datenschutz (1):**  
Ich bin mit der Erfassung und Verwendung meiner Daten nach den oben aufgeführten Angaben einverstanden
- Datenschutz (2):**  
Ich bin damit einverstanden, per e-Mail oder Telefon von meinem Behandler zwecks Terminabsprache, bezüglich der Behandlungen oder Diagnosen kontaktiert zu werden
- Abrechnung:**  
Ich bin mit den oben aufgeführten Abrechnungsmodalitäten einverstanden
- Terminvereinbarung & - Absage:**  
Ich akzeptiere die oben aufgeführten Regelungen

### Infektionsschutz-Sonderregelung

- Zutritt zur Praxis und Behandlung nur mit FFP2-Maske
- Begleitperson nur, wenn erforderlich

**Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit und Ihr Einverständnis zu den oben stehenden Angaben. Sie bestätigen damit, dass Sie diese verstanden haben.**

Ort: ..... Unterschrift Patient: ..... <<  
Datum: ..... Unterschrift Behandler: .....