

**Praxisanschrift**

Dipl.-Biol. HP. Christian Rau  
Buttenstraße 11 · 34396 Niedermeiser  
Tel.: 05676 - 920 945 (mit 24-7 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.

**KONTAKTDATEN**

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

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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Erziehungsberechtigte 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**

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Interner Vermerk:**

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TEP _____ | <input type="checkbox"/> QPM _____ |
| <input type="checkbox"/> BSV _____ | <input type="checkbox"/> QPP _____ |
| <input type="checkbox"/> WSO _____ | <input type="checkbox"/> QNN _____ |
| <input type="checkbox"/> _____     | <input type="checkbox"/> QMZ _____ |

## ERKRANKUNGEN, DIAGNOSEN, UNFÄLLE, OPERATIONEN, VERORDNUNGEN

(z.B. Bandscheibenvorfall, Osteoporose, Skoliose, Prothesen, Krebs, Bluthochdruck, Polyarthrit, Knochenbrüche)

Datum Diagnose / Erkrankung / Unfall / Operation

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

☐ Schmerzhafter Steißbein-Sturz ☐ Skoliose ☐ Orthopädische Einlagen

## MEDIKAMENTE, HORMONE, SUPPLEMENTE

| Kategorie  | Wirkstoff | Dosis / Häufigkeit |
|--|-----------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel (Apoth.-Pflichtig)  | _____     | _____              |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel (Versch.-Pflichtig) | _____     | _____              |
| <input type="checkbox"/> Glucocorticoide (Cortison)        | _____     | _____              |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenhormone               | _____     | _____              |
| <input type="checkbox"/> Estrogene / Gestagen              | _____     | _____              |
| <input type="checkbox"/> Herz / Blutdruck                  | _____     | _____              |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva                    | _____     | _____              |
| <input type="checkbox"/> Andere                            | _____     | _____              |

## SPORTLICHE AKTIVITÄTEN

| Sportliche Aktivität | selten                   | monatlich                | wöchentlich              | täglich                  |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____                | <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"/> |

## BIOMETRIE

Körpergröße: \_\_\_\_\_ m Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Belastungsgrenze der Therapieliege: 135 kg!

## SONSTIGES

☐ Nikotin \_\_\_\_\_ pro \_\_\_\_\_  
☐ Alkohol \_\_\_\_\_ pro \_\_\_\_\_

## SPEZIELLE BESCHWERDEN

| <u>Symptom</u>   | <u>Anmerkung</u> |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Migräne, <u>kein Spannungskopfschmerz</u>           | _____            |
| <input type="checkbox"/> Schwindel, <u>abnormal / nicht kreislaufbedingt</u> | _____            |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche, <u>einschränkend</u>        | _____            |
| <input type="checkbox"/> Aggressionen / Gereiztheit                          | _____            |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche / Tinnitus                             | _____            |
| <input type="checkbox"/> Kieferknacken / Fehlbiss                            | _____            |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden / „Kloß im Hals“                 | _____            |
|  |                  |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen, <u>häufig /ohne Nahrungsbezug</u>       | _____            |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme                                  | _____            |
|  |                  |
| <input type="checkbox"/> Blaue Flecken, <u>ohne vorherige Verletzung</u>     | _____            |
| <input type="checkbox"/> Nächtliches Schwitzen, <u>abnormal stark</u>        | _____            |
|  |                  |
| <input type="checkbox"/> Gangunsicherheit / Anstoßen / Stolpern              | _____            |
| <input type="checkbox"/> Pferd reagiert schlecht / Steigbügel ungleich       | _____            |
|  |                  |
| _____  | _____            |
| _____  | _____            |
| _____  | _____            |
| _____  | _____            |

## SCHLAF

Durchschnittlich: \_\_\_\_Stunden in:    ☐ Bauchlage    ☐ Seitenlage    ☐ Rückenlage

Mit Unterbrechungen im:            ☐ Einschlaf    ☐ Durchschlaf

## BESCHWERDEN DES BEWEGUNGSAPPARATES

Missempfindung (Taubheit / Kribbeln)

Bewegungseinschränkung

Schmerz

Position  
[l, r, v, h]

Intensität  
[1..4]

Anmerkung



|                   |  |       |       |       |
|-------------------|--|-------|-------|-------|
| Kopf              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Halswirbelsäule   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
|                   |  |       |       |       |
| Schulter          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Brustkorb         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Brustwirbelsäule  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
|                   |  |       |       |       |
| Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Beckenbereich     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Hüfte             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
|                   |  |       |       |       |
| Oberarm           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Ellenbogen        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Unterarm          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Hand              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Finger            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
|                   |  |       |       |       |
| Oberschenkel      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Kniegelenk        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Unterschenkel     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Sprunggelenk      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Fuß               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| Zehen             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |

## THERAPIEMETHODEN, RISIKEN, NEBENWIRKUNGEN, EMPFEHLUNGEN

### Behandlungsmethoden

Gelenksluxationen (Blockaden) werden per chiropraktischem Impuls korrigiert. Die Behandlung von Hartspann oder verspannungsbedingten Fehlhaltungen erfolgt mittels Massage (keine Wellness-Anwendung) und Akupressur von Myogelosen, Triggerpunkten und Reflexzonen. Ausführlichere Erläuterungen dazu finden im Erstgespräch statt, können unter der Rubrik Information auf [www.hp-rau.de](http://www.hp-rau.de) nachgelesen oder stets erfragt werden.

### Risiken

Die Risiken der chiropraktischen Techniken sind auf Grund ihrer Spezifität auf ein Mindestmaß reduziert und sehr selten. Sinnvoll bezüglich Ihres Selbstbestimmungsrechtes und vom Gesetzgeber verlangt ist die Aufklärung über mögliche Risiken:

Urteil vom OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 302 / 91)

„Über eventuelle Gefahren von chiropraktischer 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.“

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

Die umfangreiche Mobilisierung verspannter Haltemuskulatur und Bindegewebe kann schmerzhaft sein und zu Abgeschlagenheit nach dem Termin führen. Je nach Konstitution besteht häufig Muskelkater mit leichter Immobilität für etwa ein bis drei Tage. Oft setzt dieser noch am Tag der Behandlung ein und verschwindet so schnell wie er entstand. Hämatome für einige Tage sind ebenfalls möglich.

Chiropraktische Korrekturen sind in der Regel schmerzfrei. Besonders nach der Adjustierung der oberen Halswirbelsäule setzen häufig direkt mentale sowie körperliche Entspannung ein, die sich zu einer ausgeprägten Müdigkeit entwickeln kann. Auch emotionale Schwankungen und vegetative Reaktionen können sporadisch auftreten, was im allgemeinen jedoch als positiv empfunden wird. Während der Adaptationsphase können vermehrt knackende Geräusche auftreten – ein Zeichen, dass sich die Körperstatik umstrukturiert.

### Empfehlungen

Nach der Behandlung sind generell moderate Bewegung (stundenlanges Verharren in der gleichen Körperhaltung vermeiden!), Wärmeanwendungen (Sauna, heißes Bad, Körnerkissen), ausreichend Schlaf und erhöhte Flüssigkeitszufuhr ratsam. Neu erlangte Beweglichkeit sollte nicht der Erledigung angestauter, schwerer Arbeiten dienen. Weitere Tipps und Übungen für zu Hause gebe ich gern während des Termins.

### Risikomanagement

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, idealerweise der gemeinsamen Begutachtung vorhandener Röntgen-, CT- oder MRT-Bilder sowie 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 (wie z.B. bei einem bereits bestehenden irreparablen Knorpelmasseschaden oder Wirbelkörperanomalien) 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 Ihrer eigenen Verantwortung.

## DATENSCHUTZ & RECHNUNGSVERSAND

Angaben, die Sie in diesen Unterlagen und den Behandlungsgesprächen tätigen, werden schriftlich erfasst und digitalisiert in Ihrer persönlichen Gesundheitsakte gespeichert.

Die Abrechnung wird über das Praxisverwaltungssystem Lemniscus® erstellt. Für diesen Zweck müssen personenbezogene Daten, Diagnosen und die erfolgten Behandlungen übermittelt werden. Aus Datenschutzgründen erhalten Sie, falls gewünscht, von diesem System eine e-Mail mit einem Link zum PDF-Download der Rechnung bzw. Quittung sowie ein Passwort per SMS (2FA-Sicherheit). Alternativ besteht die Möglichkeit der Zustellung auf dem Postweg.

Bitte teilen Sie mir Änderungen Ihrer Kontaktdaten (Adresse, e-Mail, Handynummer) umgehend mit, um erneute Transportkosten wegen erfolgloser Zustellung zu vermeiden.

Die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz werden strikt eingehalten. Auf Verlangen mir gegenüber haben Sie das Recht auf Einsicht und Anonymisierung Ihrer Daten. Ihre Akte wird nach Ablauf der gesetzlich geregelten Aufbewahrungsfrist vernichtet.

## ABRECHNUNG & KOSTEN

**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    | 150 €         | 90 Minuten                  | Ausführliche Fallaufnahme, Befundsichtung, Diagnose, Behandlung |
| Folgetermin      | 90 €          | 60 Minuten                  | Kurzgespräch, Diagnose, Behandlung                              |
| Verlängerung     | 15 €          | pro angefangenen 10 Minuten | Nach Bedarf, Möglichkeit & Absprache                            |

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 gesetzliche und viele private Krankenkassen Leistungen von Heilpraktikern nicht, nur anteilig oder nur bei bestimmten Anwendungen. Auch bei Zusatzversicherungen ist es ratsam, den Leistungskatalog hinsichtlich Erstattungsfähigkeit und -Höhe vorab zu prüfen. Fragen Sie am besten bei Ihrem Versicherungsmakler nach.

Zustellung des Abrechnungsdokumentes: ☐ nicht notwendig ☐ per Mail ☐ per Post

## TERMINVEREINBARUNG, TERMINABSAGE UND AUSFALLGEBÜHR

Zur Reduzierung von Wartezeiten reserviere ich für Sie Termine. Falls Sie einen vereinbarten Termin 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.

Von einer Berechnung wird aus Kulanz abgesehen, wenn höhere Gewalt (Unwetter, Unfall) oder plötzliche Erkrankung eine Behandlung nachweislich verhindern oder einschränken würde.

Andernfalls bin ich entsprechend BGB § 252 berechtigt, Ihnen gegenüber eine Praxisausfallgebühr, vorbehaltlich bis zum vollen Terminbetrag, geltend zu machen oder von weiteren Terminvereinbarungen abzusehen.

## 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 manualtherapeutischen Behandlung für mich führen können  
(Z.B.: Krebs, Bandscheibenvorfall, Osteoporose, Verletzungen der Wirbelsäule, Nervenschäden)
- ☐ Mir ist bewusst, dass je nach Ursache und Ausmaß meiner Beschwerden weitere Folgebehandlungen 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

### SPEZIELLE INFEKTIONSSCHUTZMAßNAHMEN

Aktuell bestehen keine behördlich angeordneten Auflagen wie z.B. während der COVID-19 Pandemie. Im Falle einer Erkältungskrankheit wird jedoch zur Vertagung der Behandlung geraten.

### CHECKLISTE FÜR DEN TERMIN

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bargeld          | <input type="checkbox"/> Haargummi             |
| <input type="checkbox"/> Dieses Dokument  | <input type="checkbox"/> Großes Handtuch       |
| <input type="checkbox"/> MRT/CT/CR Bilder | <input type="checkbox"/> <del>FFP2-Maske</del> |

**Per Unterschrift nach dem Anamnesegespräch bestätigen Sie Ihre Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis zu den oben aufgeführten sowie die Korrektheit Ihrer gemachten Angaben.**

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