



MASTER OF CHIROPRACTIC

# Freyklang

Praxis für Chiropraktik und  
fasziale Osteopathie  
Hellmuth Freyer • Heilpraktiker  
Ginsterstieg 12  
25469 Halstenbek

Telefon 04101 – 80 550 58  
Email: info@freyklang.de  
Internet: www.freyklang.de

## BEHANDLUNGSVEREINBARUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bevor die erste Behandlung stattfinden kann, erhalten Sie zum einen Informationen, die für Sie wichtig sind. Zum anderen bitte ich Sie, mir kurz wichtige Angaben zu machen,

Sie wurden mit dieser Erklärung über die unterschiedliche Erstattung von Heilpraktiker-Behandlungen durch die privaten/gesetzlichen Krankenkassen bzw. die Beihilfe hingewiesen. Diese Vereinbarung klärt nach bestem Wissen und Gewissen über die ungefähre Höhe der Behandlungskosten auf, deren Erstattung durch Ihren Kostenträger nicht ausreichend gesichert sein muss.

Es werden folgende Behandlungen/Untersuchungen in meiner Praxis durchgeführt:

Diagnose: Anamnesegespräch, Inspektion (Sichtdiagnose), Palpation (Abtasten), Funktionskontrolle.

Methoden: Akupressur, Chiropraktik (strukturelle Osteopathie), Faszientherapie (fasziale Osteopathie), viszerale Osteopathie, Nervenpunktmassage, Triggerpunktbehandlung.

Kosten: Die Behandlungskosten betragen je nach Umfang und in der Regel zwischen € 70,-- und € 100,--.

### Persönliche Erklärung des Patienten:

Name / Vorname/ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon bzw. Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Methoden und Verfahren bei mir im Rahmen einer biologisch-medizinischen Heilbehandlung durchgeführt und mir entsprechend in Rechnung gestellt werden.

Die **Begleichung der Rechnung** erfolgt **im Rahmen der Behandlung**, unabhängig von einer (Teil-)Erstattung durch private oder gesetzliche Krankenversicherungen oder Beihilfestellen per Karte oder in bar.

Bitte beachten Sie, dass Termine 24 Stunden im Voraus abgesagt werden müssen. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, den Termin in Rechnung zu stellen.

Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Halstenbek, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

*Lebensfreude ist*

**Bewegung**  
ohne Schmerzen



MASTER OF CHIROPRACTIC

# Freyklang

Praxis für Chiropraktik und  
fasziale Osteopathie  
Hellmuth Freyer • Heilpraktiker  
Ginsterstieg 12  
25469 Halstenbek

Telefon 04101 – 80 550 58  
Email: info@freyklang.de  
Internet: www.freyklang.de

## AUFKLÄRUNG CHIROPRAKTIK

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Therapie Ihrer Beschwerden kann eine chiropraktische Behandlung angebracht sein. Bei jeder Art von Behandlung gibt es Risiken, über die der Patient informiert sein muss, bevor sie oder er in die Behandlung einwilligen kann. Mit diesem Infoblatt möchten wir Sie über die typischen Risiken der Chiropraktik aufklären.

Ihr Heilpraktiker hat Sie im Rahmen der Behandlung eingehend untersucht und Hinderungsgründe für eine chiropraktische Behandlung (Kontraindikationen) ausgeschlossen. Welche Komplikationen können auftreten?

An den Extremitäten treten bei lege artis, das bedeutet zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards und nach Sorgfaltspflicht angewandter Chiropraktik, keine Risiken auf. Bei der Wirbelsäule kann man gewisse Risiken auch bei sachgemäßer Ausübung der Therapie nicht gänzlich ausschließen. Die medizinische Wissenschaft kennt heute keinen Hinweis darauf, dass eine fachgerecht ausgeführte chiropraktische Manipulation einen Bandscheibenvorfall hervorrufen kann. Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe (Bandscheibenvorwölbung oder Bandscheibenvorfall kann es ganz selten (weniger als 0,1 ‰) zu einer Schädigung der Nervenwurzel kommen. Die Symptome sind dabei Gefühlsstörungen in den Armen oder Beinen oder in noch weit geringeren Fällen Lähmungen. Dies kann aber auch bei Bewegungen im täglichen Leben (Bücken, Heben und sogar Husten oder Niesen) vorkommen. Halten diese Symptome länger an, kann eine Bandscheibenoperation nötig werden. Ebenso kennt die Wissenschaft keine erwiesenen Verletzungen von gesunden Blutgefäßen bei einer kunstgerechten chiropraktischen Manipulation an der Halswirbelsäule. Sind die Gefäße vorgeschädigt, kann es zu Verletzungen der Halswirbelschlagader kommen. Diese Verletzungen sind ebenfalls sehr selten (weniger als 0,1 ‰). Dabei kann es auch zu einem Lösen von Blutgerinnseln kommen, die dann Gehirnabschnitte im Sinne eines Schlaganfalls schädigen können. Diese Komplikation erfordert sofortige Behandlung im Krankenhaus, da sie lebensbedrohlich sein kann. Ihr Heilpraktiker wird die Chiropraktik nur ausführen, wenn er bei Ihnen keine Gefahr aus den vorgenannten Risiken erkennen kann. Für den Behandlungserfolg kann er keine Garantie übernehmen.

Einwilligungserklärung:

Herr Hellmuth Freyer hat mich über die Risiken der chiropraktischen Behandlung informiert. Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und keine weiteren Fragen.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Halstenbek, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Lebensfreude ist  
**Bewegung**  
ohne Schmerzen



MASTER OF CHIROPRACTIC

# Freyklang

Praxis für Chiropraktik und  
fasziale Osteopathie  
Hellmuth Freyer • Heilpraktiker  
Ginsterstieg 12  
25469 Halstenbek

Telefon 04101 – 80 550 58  
Email: info@freyklang.de  
Internet: www.freyklang.de

## ANAMNESE FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit ich mir in unserem Erstgespräch ausreichend Zeit für Sie nehmen kann, möchte ich Sie bitten, mir im Folgenden schon einige Fragen im Voraus zu beantworten:

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Straße, Hausnr.: ..... PLZ: ..... Wohnort: .....

Festnetz/Mobil: ..... E-Mail: .....

Beruf: ..... Größe/Gewicht:.....

Bei Minderjährigen Name des Erziehungsberechtigten: .....

### Aktueller Zustand

Ich habe aktuell keine Schmerzen; ich bin aus prophylaktischen Gründen hier

Ich habe **aktuell Beschwerden** in folgenden Bereichen:

Halswirbel/ Nacken     Schulter     Arm     Hand     Brustwirbelsäule

Lendenwirbelsäule     Kiefergelenk     Becken, ISG, Leiste

Hüfte     Knie     Knöchel     Fuß

Bitte zählen Sie die **Beschwerden** auf, weswegen Sie mich **heute** aufsuchen:

\*

\*

Mein aktueller Stresslevel von 1-10 (10 ist sehr hoch):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Mein aktuelles Schmerzempfinden von 1-10 (10 ist sehr hoch):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Gibt es **Ursachen** für Ihre **Beschwerden**?

Unfall

Sturz

Weiss ich nicht

Andere Ursachen: .....

Lebensfreude ist

**Bewegung**  
ohne Schmerzen



MASTER OF CHIROPRACTIC

# Freyklang

Praxis für Chiropraktik und  
fasziale Osteopathie  
Hellmuth Freyer • Heilpraktiker  
Ginsterstieg 12  
25469 Halstenbek  
Telefon 04101 – 80 550 58  
Email: info@freyklang.de  
Internet: www.freyklang.de

## ANAMNESE FRAGEBOGEN

Ich bin/ war damit in **Behandlung** bei (Arzt, Orthopäde, Physio):

**Vorerkrankungen**, Krankenhausaufenthalte, Unfälle, Operationen, Sonstiges:

**Bitte kreuzen Sie betreffende Vorerkrankungen an:**

- Bandscheibenvorfall (akut oder ausgeheilt), wenn ja: Wo?.....
- Künstliche Gelenke, wenn ja: Welche? .....
- Brüche (akut oder ausgeheilt), wenn ja: Wo?.....

- |  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft   | <input type="checkbox"/> Osteoporose                 | <input type="checkbox"/> Gleitwirbel   | <input type="checkbox"/> Diabetes     |
| <input type="checkbox"/> Osteochondrose    | <input type="checkbox"/> Cortisoneinnahme (Oral)     | <input type="checkbox"/> Krebs         | <input type="checkbox"/> Allergien    |
| <input type="checkbox"/> Arthrose          | <input type="checkbox"/> Herz/ Kreislauf Problematik | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, Migräne      | <input type="checkbox"/> Schwindel     | <input type="checkbox"/> Rheuma       |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....  |  |  |                                       |

**Medikamentenanamnese** - bitte zählen Sie alle Mittel auf, die Sie regelmäßig einnehmen, auch Nahrungsergänzungsmittel und Vitamine:

**Vielen Dank für Ihr Kooperation!**

Ihre Daten werden ausschließlich für den internen Ablauf genutzt und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Halstenbek, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)