

## Persönliche Daten

Name/Vorname

## Geburtsdatum

## Strasse/Nr.

## PLZ/Ort

## Telefon

email

## Privat-/Zusatzversicherung

## Beruf/Tätigkeit

## Medikamente/Hilfsmittel

Schmerzmittel/Entzündungshemmer/Antidiabetika/Herz-/Blutdruckmedikamente/Blutverdünner/Cortison/Sonstige

Schuheinlagen/Absatzerhöhung rechts, links  
Beisssschiene/Zahnspange/Gebiss oben, unten

## **(Kurz-)Geschichte**

## Krankheiten mit Komplikationen/familiäre Krankheiten

## Gefässanomalien

## Operationen, Unfälle, Stürze

## Bandscheibenprobleme, Spinalkanalstenose

Osteoporose, rheumatische Erkrankung, Tumor, Autoimmunerkrankung

## **Meine Beschwerden zur Zeit**

Wie/wo machen die Beschwerden sich im Alltag bemerkbar?

Seit wann, wie häufig, wann treten die Beschwerden auf?

Welche Therapien sind bisher erfolgt?

Behandlung auch bei:

## Die Abrechnung

Die Abrechnung erfolgt vor Ort in bar, über paypal an [s.lochner@gmx.de](mailto:s.lochner@gmx.de) oder an die in der Rechnung angegebene Kontonummer. Sie sind unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir.

Ich habe einen festen Stundensatz, der nicht immer durch die Gebührenordnung für Heilpraktiker abgebildet wird, so dass es zu Differenzbeträgen kommen kann, die Ihre Versicherung nicht übernimmt. Die verschiedenen privaten Krankenkassen aber auch die Zusatzversicherungen haben eigene Richtlinien für die Kostenübernahme. Erkundigen Sie sich ggfls. vor der Behandlung bei Ihrer Kasse.

Eine Erstattung kann ich grundsätzlich nicht garantieren.

105€ kostet die Erstanamnese mit einer ersten Behandlung, die Folgebehandlungen berechne ich mit 85€.  
Auf der Rechnung wird eine chiropaktische Behandlung ausgewiesen.

## Terminvereinbarung

Termine werden für Sie reserviert. Sollten Sie einen vereinbarten Termin absagen müssen, ist das für Sie bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei. In allen anderen Fällen bin ich nach BGB/§252 berechtigt, die Praxisausfallkosten mit pauschal 55€ in Rechnung zu stellen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme und geben Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

---

*Ort/Datum/Unterschrift*

## **Wichtige Infos zur Aufklärung:**

Ich muss Sie, seitens des Gesetzgebers, über die Gefahren einer chiropraktischen Behandlung aufklären.

Bewegungseingeschränkte Wirbel und Gelenke verursachen nicht nur Schmerz, sondern können auch unser Gehirn/ Nervensystem negativ beeinflussen. Durch die Justierung (chiropraktische Behandlung) führen wir einen Neustart durch, sodass Körper und Gehirn/Nervensystem besser kommunizieren und sich leichter in Balance halten können.

Eine regelmässige Kontrolle, ähnlich der regelmässigen Zahnkontrolle, ist erstrebenswert.

Trotz sachgemässer Ausführung der chiropraktischen Therapie, kann ich Risiken nicht ganz ausschliessen. Diese Risiken existieren allerdings auch bei Bewegungen in unserem Alltag.

- \* Schädigung der Nervenwurzel (bei vorgeschädigter Bandscheibe)
- \* Verletzungen der Schlagader, die durch die Halswirbel führt (Arteria vertebralis); Gefässverletzung bei Fehlbildungen
- \* Lösen von Blutgerinnsel

Nach der Therapie kann es zu kurzfristigen, vorübergehenden Reaktionen des Körpers kommen.

- \* kurzfristige Schmerzverstärkung
- \* muskuläre Verspannung aufgrund der Haltungsänderung
- \* Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz; evtl. auch Migräneattacke, bei entsprechender Vorgeschichte
- \* Veränderung der Körpераusscheidungen oder des Menstruationszyklus

Verschieben sich durch die Behandlung bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen, geschieht das in meiner Verantwortung als mündiger Patient.

Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort meine Heilpraktikerin, bzw. eine(n) Arzt/Ärztin verständigen.

Über die eventuellen Risiken und Nebenwirkungen wurde ich ausführlich in Kenntnis gesetzt und meine Fragen wurden ausführlich beantwortet.

Durch meine Unterschrift auf der folgenden Seite, „allgemeine Aufklärungspflicht“, erkläre ich mein Einverständnis.

## allgemeine Aufklärungspflicht

### **Urteil des OLG Düsseldorf vom 8.7.1993**

**302/91**

*„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Leistungen ist aufzuklären“*

Der Gesetzgeber bezieht sich mit diesem Urteil auf die besondere

Aufklärungspflicht bei der Manipulation an der Halswirbelsäule.

In seltenen Fällen kann es, trotz korrekter Durchführung der Justierung, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen.

### **Urteil des OLG Stuttgart vom 20.2.1997**

**14U 44/96**

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen (chiropraktischen) 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 darüber 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 Chiropraxis ungewiss ist, dem Heilbeandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

---

*Ort/Datum/Unterschrift*

## Datenschutzrechtliche Einwilligung für die Verarbeitung personenbezogener Daten

---

### **Name/Vorname/Geburtsdatum**

Ich erteile meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers:

**Susanne Lochner; Praxis: Johannes-Rau-Allee 33, 45889 Gelsenkirchen**

- \* Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge, etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags (Abrechnung, etc.) erforderlich ist.
- \* Ich bin darauf hingewiesen worden, dass meine Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- \* Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- \* Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- \* Die Datenschutzerklärung in Papierform wurde mir ausgehändigt.
- \* Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor der Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

### **Widerrufsbelehrung**

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

**Susanne Lochner, Johannes-Rau-Allee 38, 45889 Gelsenkirchen**

---

### **Ort/Datum/Unterschrift**

## Datenschutzerklärung

- \* verantwortlich für die Datenerhebung ist:  
*Susanne Lochner; Johannes-Rau-Allee 38; 45889 Gelsenkirchen*
- \* Ich erhebe und speichere ausschliesslich Daten, die für die Behandlung und Abrechnung nötig sind. Dazu gehören:
  - \*Adressdaten wie Name, Anschrift, Tel.-nr, email, Geb.-datum, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Bankverbindung, Krankenversicherung
  - \*Informationen über Ihren Gesundheitszustand; z.B. Infos aus Untersuchungen/Behandlungen, Erstgespräch, Folgeuntersuchung/-behandlung, Laborergebnisse, bildgebende Verfahren
- \* Die Daten werden für therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung und ggfls. Mahnverfahren verarbeitet
- \* Ich gebe die Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind darüberhinaus gesetzlich dazu verpflichtet:
  - \* Abrechnungsstelle bzw. Betreiberfirma Abrechnungsprogramm, Steuerberater
  - \* ggf. Inkassounternehmen, Schufa, Rechtsanwalt, Finanzamt und nach vorheriger Entbindung von der Schweigepflicht auch an die Krankenkasse
- \* Ich übermittel Ihre Daten ohne Ihre Zustimmung nicht ins Ausland
- \* Behandlungsdaten speichere ich solange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern: Behandlungsdaten gemäss Patientenrechtsgesetz 10 Jahre; Rechnungen nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden sie regelmässig gelöscht
- \* Datenschutzrechte und Widerrufsrechte: jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch nach Artikel 21 DSGVO, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO. Darüberhinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG). Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit mir gegenüber widerrufen. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf liegen, sind davon nicht betroffen.
- \* Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Behandlung und zur Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werde ich in der Regel den Abschluss des Vertrags/der Behandlung oder die Ausführung des Auftrags/der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.
- \* Ich bediene mich keiner Verfahren für automatische Entscheidungsfindung und nutze kein Profiling oder Scoring