

## Willkommen in der Praxis Loser Gaard Chiropraktik

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkassenmodell:  Freie Arztwahl  Hausarztmodell  Telmed  HMO

Wer hat Sie an uns verwiesen? \_\_\_\_\_

Name und Ort Ihres Hausarztes \_\_\_\_\_

### **Nur im Falle eines Unfalls ausfüllen:**

Unfallversicherung \_\_\_\_\_ Unfall-Datum \_\_\_\_\_ Unfall-Nr. \_\_\_\_\_

Kurzbeschreibung des Unfalls \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Loser Gaard Chiropraktik KLG, für die medizinische Beurteilung meines Gesundheitszustandes Informationen von Vorbehandelnden einzuholen. Auch erlaube ich der Loser Gaard Chiropraktik KLG, alle für die Weiterbehandlung nötigen Informationen an nachbehandelnde Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen weiterzuleiten und entbinde hierzu die bei Loser Gaard Chiropraktik KLG tätigen Leistungserbringer von ihrem Berufsgeheimnis. Ausserdem ermächtige ich die Loser Gaard Chiropraktik KLG zur Weiterleitung aller nötigen Daten an eine zum Inkasso beauftragten Institution.

Ich bin informiert, dass die Abklärung und Sicherstellung der Kostenübernahme durch die Versicherung in der Verantwortung des Versicherungsnehmers liegt und nicht in der des Leistungserbringers. Zudem bin ich einverstanden, dass von der zuständigen Versicherung eingeforderte Berichte erstellt und je nach Versicherung, der Krankenkasse oder dem Patienten in Rechnung gestellt werden.

Die bei der Loser Gaard Chiropraktik KLG von den entsprechenden Fachpersonen durchgeführten Behandlungsmethoden (Chiropraktik) sind grundsätzlich sicher. Komplikationen können wie bei allen medizinischen Behandlungen auftreten, sind aber bei diesen Formen der Behandlung äusserst selten. Nebenwirkungen wie vorübergehende lokal Verspannungen können gelegentlich auftreten und klingen in der Regel innert weniger Tage ab. Ernsthafte Komplikationen im Anschluss an eine Manipulationsbehandlung der Halswirbelsäule (Verletzung einer Halsarterie) wurden in der Literatur vereinzelt dokumentiert. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen konnten einen direkten kausalen Zusammenhang jedoch nicht bestätigen. Verletzungen anderer Strukturen und Gewebe, als Folge einer chiropraktischen Intervention sind äusserst selten, wurden aber ebenfalls vereinzelt dokumentiert.

Ich bestätige, diesen Sachverhalt zur Kenntnis genommen zu haben und werde mich bei Fragen an die bei der Loser Gaard Chiropraktik KLG für mich zuständige Fachperson wenden. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Dienstleistungen von Leistungserbringern der Loser Gaard Chiropraktik KLG ist Thun.

Ich habe die oben erwähnten Informationen gelesen und verstanden (**bitte ankreuzen**) Datum \_\_\_\_\_

**Wie können wir Ihnen helfen?** (Bitte notieren Sie die Gründe, weshalb Sie «Loser Gaard Chiropraktik» aufsuchen und seit wann die Probleme bestehen)

Was?	Seit wann?
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

**Krankheiten** (Bitte notieren Sie gesundheitliche Probleme, die bei Ihnen in der Vergangenheit diagnostiziert wurden)

1. _____	2. _____
3. _____	4. _____
5. _____	6. _____

**Leiden oder litten Sie je unter:**

<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Krebs/Tumor	<input type="checkbox"/> Schlafstörung
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Atemschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> psychische Probleme
<input type="checkbox"/> Rheumatische Krankheit	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> andere Krankheiten

**Unfälle** (Bitte notieren Sie Verletzungen, die Sie erlitten haben - Sport, Autounfälle, Velostürze, Skistürze, Arbeitsunfälle etc.)

Art der Verletzung:	Datum oder Jahr	Ausgeheilt?	
1. _____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. _____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. _____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Operationen**

Bitte notieren Sie Operationen, denen Sie sich unterzogen	Datum oder Jahr	Ausgeheilt?	
1. _____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. _____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. _____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Medikamente** (Bitte notieren Sie alle Medikamente, die Sie regelmässig einnehmen)

1. _____	2. _____
3. _____	4. _____
5. _____	6. _____

**Treiben Sie Sport?**

Ja. Was? Wie oft? \_\_\_\_\_  Nein

**Rauchen Sie?**

Ja. Seit wann? Wie viel? \_\_\_\_\_  Nein

**Ziele** (Was sind die Ziele, die Sie durch gezielte Gonstead Chiropraktik bei uns erreichen möchten?)

1. _____
2. _____