

Praxis für manuelle Medizin HP med. Heiko Brammer, Ellerhorst 2-4, 25474 Bönningstedt, Tel.040-5560300

Name: _____

Straße: _____

Plz / Ort: _____

Tel.: _____ / _____

Geburtsdatum: _____ . _____ . _____

Wo haben Sie Beschwerden? :

Haben Sie schon andere Behandler in dieser Sache aufgesucht?

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen :	Ja	Nein	Unbekannt
Haben Sie Erkältungssymptome, Fieber, Abgeschlagenheit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie in den letzten 3 Wochen Kontakt zu COVID 19 Kranken oder Krankheitsverdächtigen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waren Sie innerhalb der letzten 2 Wochen im Ausland oder haben Sie sich in größeren Menschenansammlungen aufgehalten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine HIV oder Hepatitis B oder C Infektion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie kürzlich einen Unfall / Verletzung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine OP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie schon allergisch auf örtliche Betäubungen reagiert z.B. beim Zahnarzt / Orthopäden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Gefäßerkrankungen bekannt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden Sie schon an der Wirbelsäule operiert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter Kribbeln/ Missempfindungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel / Kopfschmerzen / Migräne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine verminderte Knochendichte bekannt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte wenden !

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Überweisung Google Chiromedic.de Jameda sonstige:

Einwilligungserklärungen:

Herr HP med. Heiko Brammer hat mich über die Risiken der chiropraktischen Behandlung mit in der Praxis ausliegenden Informationen schriftlich informiert. Ich habe die Aufklärung verstanden und habe weiter Gelegenheit noch offene Fragen direkt vor der Behandlung zu besprechen.

- Ich willige nach ausreichender Bedenkzeit in die chiropraktische Behandlung ein.***
- Sämtliche Leistungen erfolgen als Privatleistung.
Die Abrechnung erfolgt nach GebüH /analog GöÄ und ist unabhängig von einer evtl. Erstattung eines Kostenträgers.
- Ich habe die hier ausliegende Datenschutzhinweise und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung DSGVO zur Kenntnis genommen und stimme dieser zu.**
- Ich wünsche die kostenlose Übersendung der Behandlungsrechnung per E-Mail an nachfolgende Adresse :**

_____ @ _____

(Bei technischen Problemen erfolgt die Übersendung der Behandlungsrechnung per Post)

- Ich wünsche ausdrücklich die Übersendung einer Papierrechnung
(zzgl. 80 Cent Porto)
- Ich stimme der Kommunikation per **Whatsapp / SMS** zur Terminabsprache und kürzer Rückfragen zu (Sie bekommen keine unaufgeforderten Informationen)
- Die Behandlung erfolgt außerhalb der regulären Sprechzeit, gegen Aufpreis

Bönningstedt d. _____, _____ 2021 *Unterschrift Patient:* _____

Die Behandlungsrechnung erhalten Sie in der Regel am 1. Werktag des Folgemonats per E-Mail. Sofern Sie die Rg per Post wünschen, kann es ein paar Tage länger dauern.

Bis auf weiteres berechnen wir aufgrund der COVID19 Pandemie einen Hygieneszuschlag von 6,41 pro Behandlung , dieser wird von den privaten Kassen / Beihilfe erstattet.

Nutzen Sie für Terminvereinbarungen auch unsere Online-Terminvergabe :



www.chiromedic.de