

ANMELDEFORMULAR

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Beruf: _____ Geb.-Datum: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Tel. Natel: _____ Zivilstand: _____

Hausarzt: _____ PLZ/Ort: _____

Zuweisender Arzt: _____ PLZ/Ort: _____

Krankenkasse: _____ Police Nr.: _____

Hausarztmodell: ja nein

Hausarztmodell: _____ Police Nr.: _____

Arbeitgeber: _____ PLZ / Ort: _____

Strasse Nr.: _____

Wie oder durch wen wurden Sie auf diese Praxis aufmerksam: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____



Wurden Sie operiert? Welche und in welchem Jahr? _____

Haben Sie einen Unfall oder einen schweren Sturz erlitten? In welchem Jahr?

Haben Sie je etwas gebrochen? Was und in welchem Jahr?

Welche schweren Krankheiten hatten/haben Sie - ausser dem jetzigen Leiden?
In welchem Jahr?

Haben Sie Allergien?

Haben Sie in letzter Zeit stark zu- oder abgenommen? Wie viel und in welchem Zeitraum?

Ich erstelle die Erlaubnis, Röntgenbilder, Berichte und sonstige medizinische Auskünfte einzuholen oder an Medizinalpersonen weiterzuleiten. Des Weiteren erlaube ich die Weiterleitung der zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die zuständigen Versicherungen und Krankenkassen. Diese Ermächtigung schliesst auch die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen, die damit befassten Rechtsanwälte und die zuständigen staatlichen Instanzen ein. Ich entbinde dazu somit meine Chiropraktorin beziehungsweise meinen Chiropraktor ausdrücklich vom Berufsgeheimnis, respektive von der gesetzlichen Pflicht zur Verschwiegenheit, gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz.

Die chiropraktische Behandlung ist grundsätzlich sicher. Komplikationen können wie bei allen medizinischen Behandlungen auftreten, sind aber bei dieser Form der Behandlung äusserst selten. Nebenwirkungen wie vorübergehende lokale Verspannungen treten gelegentlich auf. Diese sind meistens gering und klingen in der Regel innert weniger Tage ab. Ansonsten raten wir Ihnen sich unverzüglich bei der behandelnden Chiropraktorin beziehungsweise beim behandelnden Chiropraktor zu melden.

Meine Daten dürfen, ohne dass Rückschlüsse auf meine Person möglich sind, also anonym, zu Studienzwecken verwendet werden. ja nein

Gerichtsstand für Streitigkeiten aus der Behandlung durch meine Chiropraktorin beziehungsweise meinen Chiropraktor ist der Ort ihrer oder seiner Praxis.

Für meine rechte und Interessen als Patientin oder Patient tritt die Patientenorganisation Pro Chiropraktik, die grösste Schweizer Patientenorganisation ein. Der Jahresbeitrag beträgt maximal sFr. 25.- pro Jahr. Die Mitgliedschaft im ersten Jahr ist gratis. **Ich möchte Mitglied werden:** ja nein

Datum: _____ Unterschrift: _____