



Chiropraktik
Visp · Zermatt

Brückenweg 6
3930 Visp
T 027 946 78 00

Bahnhofplatz 7
3920 Zermatt
T 027 967 13 03

Herzlich willkommen in der Praxis Chiropraktik VZ AG

Name..... Vorname.....
Strasse/Nr..... PLZ/Ort.....
Geburtsdatum..... E-Mail.....
Telefon privat..... Mobiltelefon.....
Beruf..... Arbeitgeber.....
Krankenkasse..... AHV-Nr.....

Krankenkassenmodell: Freie Arztwahl Hausarztmodell Telmed HMO

Name und Ort Ihres Hausarztes.....

Läuft die Behandlung über: Krankheit Unfall Militärversicherung

Ich ermächtige die Chiropraktik VZ AG, für die medizinische Beurteilung meines Gesundheitszustandes Information von Vorbehandelnden einzuholen. Auch erlaube ich die Chiropraktik VZ AG alle für die Weiterbehandlung nötigen Informationen an nachbehandelnde Ärzte/Therapeuten weiterzuleiten und entbinde hierzu die bei Chiropraktik VZ AG tätigen Leistungserbringer von ihrem Berufsgeheimnis. Ausserdem ermächtige ich die Chiropraktik VZ AG zur Weiterleitung aller nötigen Daten an eine zur 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 chiropraktische Behandlung umfasst unter anderem Impulstherapie, Dry Needling und Weichtheiltherapie. Nebenwirkungen wie lokale Schmerzen und Verspannungen im behandelten Bereich können vorkommen und nehmen innerhalb 24-48 Stunden ab. Für kurze Zeit können Müdigkeit, Schwindel und Übelkeit auftreten. Bei Patienten mit einer verminderten Knochensubstanz (z.B. Osteoporose) besteht ein erhöhtes Risiko einer Fraktur (insbesondere Rippenfraktur). Verletzung von Halsarterien im Zusammenhang mit der Manipulation der Halswirbelsäule wurde in der Literatur vereinzelt dokumentiert, jedoch konnten neue Studien keinen direkten kausalen Zusammenhang bestätigen.

Ich werde mit meinem Chiropraktor die Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten und die damit verbundenen Risiken besprechen und bestätige diesen Sachverhalt zur Kenntnis genommen zu haben und wende mich bei Fragen an die Chiropraktik VZ AG für mich zuständige Fachperson. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Dienstleistungen von Leistungserbringer der Chiropraktik VZ AG ist Visp. Durch Angabe von E-Mail und Handynummer akzeptiere ich, dass sämtliche Korrespondenz, inklusive Zustellung der Rechnungskopie, auf elektronischem Weg erfolgt.

Datum..... Unterschrift.....

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Überweisung durch Arzt. Name?..... Internet
 Auf Empfehlung. Name?..... Notfalldienst
 Telefonverzeichnis..... Medgate

Sind Sie aktuell in einer anderen Behandlung?

ja (weshalb? bei wem?) nein

Sind bei Ihrem jetzigen Problem bereits Abklärungen/Behandlungsversuche gemacht worden?

ja (was? von wem?) nein

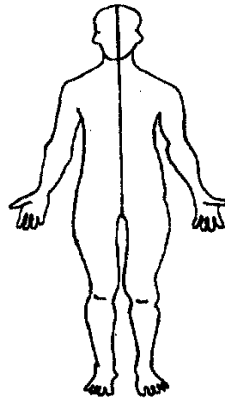
Haben Sie Schmerzen? ja (seit wann?)

nein

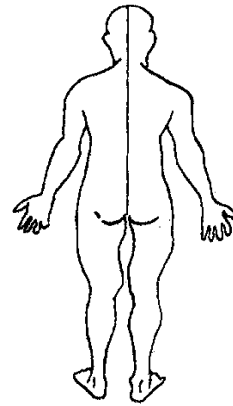
Wenn ja, wie stark sind die Schmerzen? Bitte einzeichnen:

- 0 keine Schmerzen
- 1
- 2 leichte Schmerzen
- 3
- 4 ziemliche Schmerzen
- 5
- 6 starke Schmerzen
- 7
- 8 sehr starke Schmerzen
- 9
- 10 unerträgliche Schmerzen

Vorderseite



Rückseite



Leiden Sie unter

nein ja

Schwindel?

Kopfschmerzen?

Herz- / Kreislaufstörungen?

Schlaganfall?

Diabetes (Zuckerkrankheit)?

Rheumatische Krankheiten?

nein ja

Krebs / Tumor?

Atemschwierigkeiten?

Verdauungsstörungen?

Allergien?

Psychische Probleme?

andere Krankheiten?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

nein

ja (welche/Dosis)

Hatten Sie jemals eine Operation?

nein

ja (was/wann)

Hatten Sie jemals Körpverletzungen nach einem Unfall? (Autounfall, Sportunfall, etc.)

nein

ja (was/wann)

Wurden von Ihrem Skelett schon Röntgen oder MRT Bilder gemacht?

nein

ja (wann/wo/was)

Treiben Sie regelmässig Sport?

nein

ja (was/wie oft)