



# American Chiropractic Bodensee

Wolfgang Sieber

Doctor of Chiropractic (USA), Heilpraktiker

## Fragebogen für Erstpatienten

Als neuen Patienten in unserer Praxis begrüßen wir Sie herzlich!

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße

Telefon privat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beschäftigung: \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen, ob wir Sie dort anrufen dürfen

JA NEIN

Wer hat Sie zu uns empfohlen? \_\_\_\_\_

Sind Sie **privat** oder **gesetzlich**

versichert?

Haben Sie eine Zusatzversicherung,  
die Heilpraktiker-Leistungen ersetzen?

JA NEIN

**Beschwerden:** 1. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Andere Gesundheitsprobleme:** \_\_\_\_\_

**Art und Zeitpunkt von Unfällen und Operationen:** \_\_\_\_\_

### Hinweis:

Sage ich meinen vereinbarten Termin nicht 24 Stunden vorher ab, wird ein Ausfallhonorar von **40,-- €** fällig!

### Einwilligungserklärung:

Ich wurde über die Risiken der chiropraktischen Behandlung informiert.<sup>1)</sup> Nach gründlicher Überlegung willige ich in die vorgeschlagene chiropraktische Behandlung bei mir/meinem Kind ein.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Patient/Patientin bzw. Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter

<sup>1)</sup> Die Patientenaufklärung liegt in der Praxis aus.