



## Zahlungsmodalitäten

An dieser Stelle informiere ich Sie darüber, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind. Wenn Sie die Rechnung an Ihre Krankenkasse weiterleiten möchten, beachten Sie bitte die folgenden Punkte:

**a) Sie sind gesetzlich versichert?**

Dann informieren Sie sich bitte über unsere Selbstzahlerpreise.

Die Bezahlung erfolgt in der Regel direkt im Anschluss an Ihre Behandlung.

Fragen Sie eventuell bei Ihrer Versicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für die von mir erbrachten Leistungen anteilig übernimmt.

**b) Sie privat oder Zusatzversichert?**

Sie erhalten eine Rechnung laut GoÄ (Gebührenordnung für Ärzte), die Sie dann an Ihre Versicherung weiterleiten können.

Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen können, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden. Für eine volle Erstattung meiner Leistungen kann ich leider nicht garantieren.

Auch in diesem Fall erfolgt die Bezahlung direkt im Anschluss an Ihre Behandlung.

## Wartezeiten

Niemand wartet gerne lange.....

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Sie die für Sie reservierten Termine pünktlich wahrnehmen. Sollten Sie einmal verhindert sein, können Sie selbstverständlich bis zu 24 Stunden vorher Ihren Termin absagen oder verschieben. Bei Terminen, die kurzfristiger abgesagt werden, können wir nach BGB/§252 die Praxisausfallkosten (Behandlungsgebühr) in Rechnung stellen.

**Bezüglich Terminvereinbarung:**

Um längere Wartezeiten zu vermeiden, reservieren wir für Sie Termine. Wir möchten Sie darauf hinweisen.

Bitte unterzeichnen Sie Ihre Kenntnisnahme, die Richtigkeit der gemachten Angaben und Ihr Einverständnis zu obigen Angaben.

.....  
Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten  
(Bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte)



## **Patientenaufklärung im Rahmen der allgemeinen Aufklärungspflicht:**

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Die in meiner Praxis durchgeführten Diagnose- und Therapieverfahren der amerikanischen Chiropraktik sind aufgrund der angewandten Technik darauf ausgelegt, die Risiken und Nebenwirkungen auf ein Mindestmaß zu reduzieren.

Um den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien zur Patientenaufklärung gerecht zu werden, bitten wir Sie, sich für den beiliegenden Fragebogen Zeit zu nehmen, diesen möglichst vollständig auszufüllen und den nachfolgenden Text aufmerksam zu lesen.

Laut dem Urteil des OLG Düsseldorf (vom 8.07.1993 302/91)

*„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären:  
In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes kommen kann.“*

Im Urteil des OLG Stuttgart (vom 20.02.1997 14U 44/96) heißt es:

*„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen (chiropraktischen) Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“*

**Ich wurde über evtl. Risiko- bzw. Nebenwirkungen der durchzuführenden Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt und erkläre mich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von anderen Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!**



## **Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten**

### **Hiermit erteile ich**

NAME

.....

VORNAME

.....

GEB. AM.

.....

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Arztes Dr. med. Norbert Seidel, Römerstr. 8a, 45721 Haltern am See

### **Hiermit bestätige ich Folgendes:**

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrag (Abrechnung etc.) erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Die Datenschutzerklärung in Papierform wurde ausgehändigt.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor der Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

### **Widerrufsbelehrung**

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich. Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: Dr. med. Norbert Seidel, Römerstr. 8a, 45721

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Patientin/des Patienten  
(Bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte)



## **Datenschutzerklärung | Seite 01**

### **1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?**

Dr. med. Norbert Seidel, Römerstr.8a, 45721Haltern am See

### **2. Welche Daten werden genutzt?**

Wir erheben und speichern ausschließlich Daten, die für die Behandlung und Abrechnung notwendig sind. Dazu gehören:

- Adressdaten (Name, Adresse/Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum/-ort, Geschlecht, Staatsangehörigkeit), ggf. Bankverbindung/ Krankenversicherung
- nformationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. Informationen aus Untersuchungen, Erst- gespräch, Folgeuntersuchungen, Behandlungen, Laborergebnissen, bildgebenden Verfahren

### **3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?**

Therapeutische Behandlung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren

### **4. Wer bekommt Ihre Daten?**

Wir geben Ihre Daten ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weiter, es sei denn, wir sind darüber hinaus gesetzlich dazu verpflichtet:

- Abrechnungsstelle bzw. Betreiberfirma Abrechnungsprogramm, Steuerberater
- ggf. Inkassounternehmen, Schufa, Rechtsanwalt, Krankenkasse nach vorheriger Entbindung von der Schweigepflicht, Finanzamt

### **5. Übermittlung der Daten an ein Drittland**

Wir übermitteln Ihre Daten ohne Ihre weitere Zustimmung nicht ins Ausland.

### **6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?**

Wir speichern Ihre Daten so lange, wie es unsere gesetzlichen Pflichten erfordern: Behandlungsdaten gemäß Patientenrechtgesetz 10 Jahre, Rechnungen nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden sie regelmäßig gelöscht.

### **7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufsrechte bestehen für Sie?**

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch nach Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO.

Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG). Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen.



## Datenschutzerklärung | Seite 02

### 8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu ihrer Behandlung und zur Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrags/der Behandlung oder die Ausführung des Auftrags/der Behandlung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

### 9. Automatisierte Entscheidungsfindung und Profiling

Wir bedienen uns keiner Verfahren für automatische Entscheidungsfindung und nutzen kein Profiling oder Scoring.

PATIENTENNAME

.....

### Datenschutz Open Adjustment

Ich bin darüber informiert worden, dass die Justierungen zumeist im Open Adjustment (großer Raum / mehrere belegte Liegen) stattfinden. Hier finden keine Gespräche die datenschutzrelevante Inhalte haben statt. Sollte sich die Notwendigkeit ergeben, stehen entsprechende abgeschlossene Räumlichkeiten zur Verfügung.

Dennoch bitte ich um folgende Erklärung :

Ich erkläre hiermit, keine datenschutzrelevanten Inhalte im Open Adjustment weiter zu geben und Stillschweigen über eventuell visuell oder akustisch erlangte Informationen bzgl. anderer Patienten zu wahren.

.....

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten  
(Bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte)



## Anamnesebogen | Seite 01

### Angaben zu Ihrer Gesundheit

Name: ..... Vorname: .....

geboren am: ..... Anzahl Kinder: .....

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Bitte kreuzen Sie nur die Beschwerden an, die auf Sie zutreffen: ● schwach ● mittel ● stark

#### Kopf, Gesicht, Augen, Ohr, Nase

Kopfschmerzen, Migräne ● ● ●  
Schwindel ● ● ●  
Sehstörungen, Augendruck ● ● ●  
Tinnitus, Ohrgeräusche ● ● ●  
Nasen-Nebenhöhlenentzündung ● ● ●  
Schnarchen, Atemaussetzer ● ● ●  
Sprachprobleme, Stottern ● ● ●  
Zähneknirschen, Kieferschmerzen ● ● ●  
Herz-Kreislaufbeschwerden ● ● ●  
ADS, ADHS (Konzentrationschwäche) ● ● ●  
HWS-Syndrom, Nackenverspannungen ● ● ●

#### Schulter- und Armbeschwerden

Kalk-Schulter, Schulterschmerzen ● ● ●  
Kribbeln- Taubheit in Arme/Hände/Finger ● ● ●  
Schmerzen im Arm, Hand oder Handgelenk ● ● ●  
Tennis-/Golfer-Ellenbogen ● ● ●  
Karpaltunnel-Syndrom ● ● ●

#### Rücken, Becken und Beine

Kalk-Schulter, Schulterschmerzen ● ● ●  
Schmerzen in der Brustwirbelsäule ● ● ●  
Brustkorbschmerzen ● ● ●  
Schmerzen in Lendenwirbelsäule ● ● ●  
Ischiasschmerzen, ISG-Beschwerden ● ● ●  
Bandscheibenvorfall ● ● ●  
Skoliose ● ● ●  
Kribbeln, Taubheit in Beinen, Füßen, Zehen ● ● ●  
Hüftschmerzen, Arthrose ● ● ●  
Knieschmerzen, Arthrose ● ● ●  
Fußschmerzen, Arthrose ● ● ●  
Atembeschwerden, Asthma ● ● ●  
Magenbeschwerden, Verdauungsprobleme ● ● ●  
Übelkeit, Erbrechen, ● ● ●  
Verstopfung, Durchfall ● ● ●  
Nieren-, Blasenbeschwerden ● ● ●  
Hoden-, Prostatabeschwerden ● ● ●  
Menstruationsprobleme ● ● ●

#### Bandscheibenvorfall/Vorwölbung

● ● ●

#### Stress/Psychie

Beruflicher, privater Stress ● ● ●  
Stimmungsschwankungen, Müdigkeit, ● ● ●  
Leistungsschwäche ● ● ●  
Übergewicht/Gewichtsverlust ● ● ●  
Depression, Angst, Panikgefühle ● ● ●  
Schlafstörungen ● ● ●  
Konzentrationsmangel ● ● ●

#### Allgemein

Arthrose (Verschleiß) ● ● ●  
Osteoporose (geringe Knochendichte) ● ● ●  
Gefäßerkrankungen ● ● ●  
Herzinfarkt ● ● ●  
Herzschrittmacher ● ● ●  
Schlaganfall ● ● ●  
Blutgerinnungsstörung ● ● ●  
Bluthochdruck ● ● ●  
Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion ● ● ●  
Tumor, Krebserkrankungen ● ● ●  
Diabetes mellitus ● ● ●  
Immunschwäche ● ● ●



## Anamnesebogen | Seite 02

Bitte kreuzen Sie nur die Beschwerden an, die auf Sie zutreffen:

### Sonstiges

Hatten Sie Unfälle, Verletzungen?  ja  nein

Welche, wann?

.....  
.....

Hatten Sie Operationen?  ja  nein

Welche, wann?

.....  
.....  
.....

Haben Sie Muskel- oder Gelenkschäden?  ja  nein

Sind Sie körperlichen Belastungen ausgesetzt?  ja  nein

Beschwerden beim Gehen oder Stehen?  ja  nein

Sitzen Sie beruflich überwiegend?  ja  nein

Tragen Sie Schuheinlagen?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Haben Sie sonstige Beschwerden?  ja  nein

### Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?  keine  
Bitte geben Sie die Dosierung an!

.....  
.....  
.....  
.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten  
(Bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte)