

Anmeldeformular

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	Postleitzahl/Ort	_____
Geburtsdatum	_____	AHV-Nummer	_____
Telefon	_____	Mobiltelefon	_____
Krankenkasse	_____	Beruf	_____
E-Mail-Adresse	_____		

Über welche Versicherung wird Ihre Behandlung abgerechnet?

Krankheit Unfall Militärversicherung Schwangerschaft

In welchem Versicherungsmodell sind Sie versichert?

HMO- oder Hausarztmodell Telmed/Firstcall/Medgate o.ä. Freie Arztwahl

Name und Adresse des/der Hausarztes/ärztin _____

Falls Sie zu uns überwiesen, wurden:

Name und Adresse des/der zuweisenden Arztes/Ärztin _____

Für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes ermächtige ich Chiros & Team Informationen von anderen Ärzten und Ärztinnen oder Therapeut:innen einzuholen und entsprechende Informationen an andere Fachpersonen weiterzuleiten. Hierfür entbinde ich Chiros & Team von ihrem Berufsgeheimnis.

Die Sicherstellung der Kostenübernahme durch die Versicherung liegt in der Verantwortung der/des Versicherten. Die von der zuständigen Versicherung eingeforderten Berichte werden erstellt und in Rechnung gestellt. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren abzufragen und sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Bitte beachten Sie bei Massagen: Die Abklärung einer allfälligen Kostenübernahme durch Ihre Zusatzversicherung liegt in Ihrer eigenen Verantwortung. Die Behandlungskosten sind direkt nach der Konsultation zu begleichen. Folgende Zahlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung: EC-Karte, Kreditkarte, TWINT.

Chiropraktische Behandlungsmethoden (Impulsmobilisation, Mobilisation ohne Impuls, Weichteiltechniken, Dry Needling) sind grundsätzlich sicher und Komplikationen treten äusserst selten auf. Wie bei jeder medizinischen Behandlung kann es zu Nebenwirkungen kommen. Als Nebenwirkungen können Zunahme der Beschwerden, Verspannungen, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Schwindel auftreten. Diese sind zeitlich begrenzt und klingen innerhalb von wenigen Tagen wieder ab. Zu diesen Komplikationen zählen Frakturen (insbesondere der Rippen), wobei Personen mit verminderter Knochendichte ein höheres Risiko tragen. Verletzung von Halsarterien im Zusammenhang mit Manipulation der HWS wurden in der Literatur vereinzelt dokumentiert, jedoch konnten neue Studien keinen direkten kausalen Zusammenhang bestätigen.

Ich bestätige, diese Sachverhalte zur Kenntnis genommen zu haben und werde mich bei Fragen an die/den für mich zuständige/n Chiropraktor:in wenden. Der Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Dienstleistungen von Leistungserbringern der Praxis Chiros & Team ist Bern.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mit dem Erhalt eines Newsletters von Chiros & Team einverstanden bin.

Bitte senden Sie mir keinen Newsletter

Bitte auch die Rückseite ausfüllen

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:	Nein
Haben Sie Schmerzen? Falls Ja: Wo? Seit Wann? Kreuzen Sie die Intensität an (0 = Kein Schmerz, 10 = Stärkster vorstellbarer Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sind Sie zurzeit in einer anderen Behandlung? Falls Ja: Bei Wem?	
Wurden von Ihrem Skelett bereits Röntgen- oder MRI- Aufnahmen gemacht? Falls Ja: Wann? Welche Körperteile?	
Leiden oder litten Sie je unter: Schlaganfall Schwindel Krebs/Tumor Diabetes Kopfschmerzen Atemschwierigkeiten Psychische Probleme Rheumatische Krankheiten Herz-Kreislaufstörungen Verdauungsstörungen Andere Krankheiten Schlafstörungen	
Haben Sie nach einem Unfall Körperverletzungen/Frakturen erlitten? Falls Ja: Wann? Welche Körperteile?	
Wurden Sie schon einmal operiert? Falls Ja, Wann? Was wurde operiert?	
Nehmen Sie Medikamente ein? Falls Ja: Welche und Dosierung?	
Treiben Sie Sport? Falls Ja: Welche Sportarten? Wie oft?	
Rauchen Sie? Falls Ja: Seit Wann? Wie viele Zigaretten pro Tag?	