VITALIS CENTER

Anmeldeformular - Einverständniserklärung Chiropraktik

Name	◯ männlich ◯ weiblich
Vorname	Geburtsdatum
Zivilstand	
Strasse/Hausnummer	
PLZ/Wohnort	
Bei Minderjährigen Name Erziehungsberechtigter	
Tel. privat	Mobil
E-Mail	
Beruf	
Arbeitgeber/Ort	
Hausarzt	Hausarztmodell (HMO) ◯ Ja ◯ Nein
Zuweisender Arzt	
Sportart/Sportverein	
Krankenkasse	Sitz der Kasse
Versicherten-Nr.	AHV-Nummer
Versichertenkarte-Nr.	
Unfallversicherung	Sektion/Ort
Unfall-/Schaden-Nr.	Unfalldatum

⇨Ich erlaube, Röntgenbilder, Berichte und sonstige medizinische Auskünfte einzuholen oder an Medizinalpersonen weiterzuleiten. Ich gestatte zudem die (elektronische) Weiterleitung der Daten zur Rechnungsstellung an die Versicherungen und Krankenkassen. Diese Ermächtigung schliesst auch die mit einem Inkasso beauftragten Institutionen, Rechtsanwälte und Gerichte ein. Ich entbinde diesbezüglich meinen Chiropraktor:in vom Berufsgeheimnis und von der gesetzlichen Pflicht zur Verschwiegenheit gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz.

⇨Unser Standard Abrechnungslauf KVG *ist Tiers payant* (TP), das heisst, wir rechnen elektronisch **direkt** mit *Ihrer oben angegebenen Krankenkasse* ab, Sie erhalten eine Rechnungskopie per E-Mail. Termine, welche nicht mindestens 24h im Voraus abgesagt werden, können dem Patienten privat verrechnet werden. Bei Rechnungsstellung an Sie erklären Sie sich bereit, diese innert 30 Tagen zu begleichen. Mahnkosten: 1. Mahnung: Fr. 5.--, 2. Mahnung: Fr. 20.--.

Gerichtsstand für Streitigkeiten aus der Behandlung durch meine Chiropraktor:in ist der Kanton BL.

Datum: Unterschrift:

Bei minderjährigen des Erziehungsberechtigten

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 bin über die Untersuchungsresultate und die Diagnose(n) umfassend und verständlich informiert worden. Das Behandlungskonzept von der Chiropraktor:in habe ich verstanden. Ich bin auch über die möglichen Behandlungsrisiken der Chiropraktik aufgeklärt worden. Ich bin genügend informiert und willige in Kenntnis der Sachlage in die Behandlung ein.

Datum: Unterschrift:

Bei minderjährigen des Erziehungsberechtigten