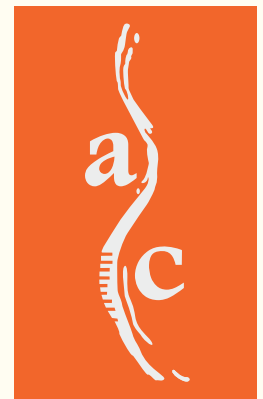


# Chiropraktik

*bekämpft nicht Ihre Symptome, sondern behandelt die Ursache*



## Information

**Wir freuen uns, Sie bei ahearn chiropractic begrüßen zu können!**



Damit wir die Übersicht behalten, legen wir von jedem Patienten eine Karteikarte an. Dazu benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Diese Daten werden per EDV gespeichert und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.



Zunächst füllen Sie bitte das **Formular** mit Ihren persönlichen Daten und Ihrer Krankengeschichte aus. Bitte geben Sie es danach unterschrieben an der Anmeldung ab. Anschließend begleiten wir Sie zu Ihrer ersten Untersuchung mit dem Insight Millennium Scan.



Nach jedem Termin bitten wir um direkte Bezahlung. Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, dies entweder in bar oder per EC-Karte mit Geheimnummer zu tätigen.

Der Preis für Ihren ersten Termin beträgt **110,- Euro** (darin enthalten 75,- Euro für den Insight Millennium Scan). Eine chiropraktische Behandlung wird mit **35,- Euro** berechnet. Die Kosten für den Kontrollscan, den wir in regelmäßigen Abständen vornehmen, belaufen sich auf **15,- Euro**.



Um einen reibungslosen Ablauf unserer Praxis gewährleisten zu können, dienen die Behandlungstermine ausschließlich der chiropraktischen Justierung. Sollten Sie Fragen haben oder möchten Sie wichtige Ereignisse (z. B. Unfall o. ä.) besprechen, bitten wir Sie, uns im Vorfeld telefonisch zu informieren, damit wir genügend Zeit für einen umfangreicheren Termin einplanen können.



In regelmäßigen Abständen findet in unserer Praxis der **„Doctor´s Report“** statt. Bitte empfehlen Sie diese Informationsveranstaltung Ihrer Familie und Ihren Freunden, damit auch ihnen bei der Verbesserung ihres Wohlbefindens geholfen werden kann.



Sie finden einzelne Parkplätze in unserem Innenhof vor. Parken Sie bitte ausschließlich auf den ausgeschilderten Plätzen und nur für die Dauer Ihres Besuches bei uns. Sollten die Parkplätze jedoch besetzt sein, haben Sie die Möglichkeit, das Parkhaus auf der Stresemannstraße aufzusuchen.



Wir bitten Sie, auf Ihre Garderobe und Privatgegenstände zu achten, da wir dafür leider keine Haftung übernehmen können.

*Ihr ahearn chiropractic Team*

# Angaben zu Ihrer Gesundheit

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)



Name \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Größe in cm \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Anzahl Kinder \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Krankenkasse

Beruf \_\_\_\_\_  privat  gesetzlich

Krankheiten/Behinderungen \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

---

---

---

Unfälle/Stürze \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

---

---

---

Tragen Sie Schuheinlagen?  ja  nein Oder Absatzerhöhungen?  ja  nein

Was erhoffen Sie sich von der Chiropraktik?

Kurzfristig: \_\_\_\_\_

---

---

---

Langfristig: \_\_\_\_\_

---

---

---

