



Chiropraxis
Carola Fischer

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7946 3171
gesund@chiropraxis-fischer.de
www.chiropraxis-fischer.de

Liebe/r Patient/in,

herzlich Willkommen in der Chiropraxis Carola Fischer.

Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen des Anamnesebogens einen Moment Zeit.
Bei Fragen helfen wir gerne. Vielen Dank!

Das Formelle zuerst

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

☐ Wir möchten Sie regelmäßig über unsere Leistungen, Veränderungen und Hintergründe zu unserer Arbeit informieren. Mit Ihrem Kreuz bestätigen Sie, dass wir Ihre E-Mail-Adresse dafür benutzen dürfen. Vielen Dank.

Empfohlen von: _____

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich bei _____ ☐ privat bei _____
☐ Beihilfe ☐ Post B

private Zusatzversicherung bei: _____

Beruf: _____ ☐ ich sitze viel ☐ ich stehe viel ☐ ich arbeite körperlich

Sport: ☐ leider gar nicht ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ viel

☐ Ich bin zur Zeit Single ☐ Ich lebe in Partnerschaft ☐ Kinder? Wie viele? _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? ☐ nein ☐ ja, bei ☐ Arzt ☐ Hausarzt ☐ Heilpraktiker

Name / Ort: _____

Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja, zuletzt am _____ bei _____

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2020 Chiropraxis - Carola Fischer – Bochum
Seite 1 von 12



Chiropraxis
Carola Fischer

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7946 3171
gesund@chiropraxis-fischer.de
www.chiropraxis-fischer.de

So geht es mir im Moment

☐ Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

Ich habe Beschwerden im Bereich:

☐ Lendenwirbelsäule ☐ Brustwirbelsäule ☐ Halswirbelsäule ☐ Gelenke _____

☐ andere Beschwerden _____

☐ Meine Beschwerden sind akut seit _____ Tagen.

☐ Meine Beschwerden sind chronisch seit _____ Wochen / _____ Monaten / _____ Jahren

☐ Meine Beschwerden treten immer wieder auf.

Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits in Behandlung?

☐ nein

☐ ja

Bei wem: ☐ Arzt

☐ Arzt für Chirotherapie

☐ Heilpraktiker

☐ Osteopath

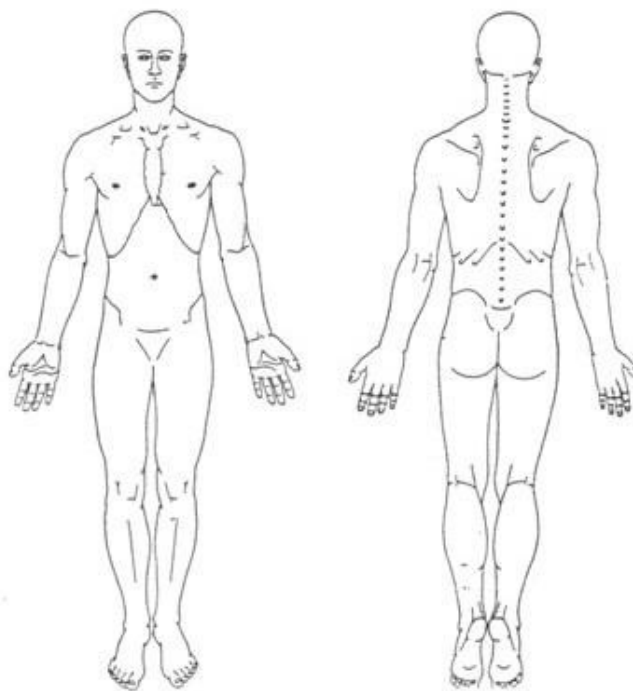
☐ Physiotherapie

☐ Diagnose: _____

☐ Name/ Anschrift: _____

Gab es eine Ursache? ☐ Autounfall ☐ Sturz ☐ weiß nicht ☐ andere: _____

**Bitte markieren Sie die
Körperteile,
die betroffen sind**



Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2020 Chiropraxis - Carola Fischer – Bochum
Seite 2 von 12



Chiropraxis
Carola Fischer

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7946 3171
gesund@chiropraxis-fischer.de
www.chiropraxis-fischer.de

Ich und meine (Kranken-)Geschichte

Geburt: ☐ normale Geburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Geburt mit Hilfsmitteln

andere Komplikationen _____

Gab es Kindererkrankungen mit Komplikationen?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

☐ Ich habe in den letzten 2 Jahren eine Impfung erhalten. Welche? _____

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der Kindheit: ☐ Keine

_____ im Alter von: _____ Jahren

Welche nennenswerten Krankheiten gab es in der vergangenen Zeit? ☐ Keine

_____ Wann? _____

Gab es Unfälle/Stürze? Welche? Wann war das? _____

Gab es Operationen? Wo? Wann war das? _____

Von folgendem Genussmittel verzehre ich zuviel _____

In meiner Familie treten häufig bestimmte Krankheiten auf. Welche? _____

Ich nehme chronische Medikamente ein ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente: ☐ nein ☐ ja

☐ Schmerzmittel: _____

☐ Entzündungshemmer: _____

☐ Herz/Kreislauf: _____

☐ Antibiotika (in den letzten 6 Monaten) _____

☐ andere Medikamente: _____

Ich habe Allergien? ☐ Nein ☐ Ja

Ich trage Einlagen: ☐ Nein ☐ Ja

Ich trage eine Schuherhöhung ☐ Nein ☐ Ja

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.

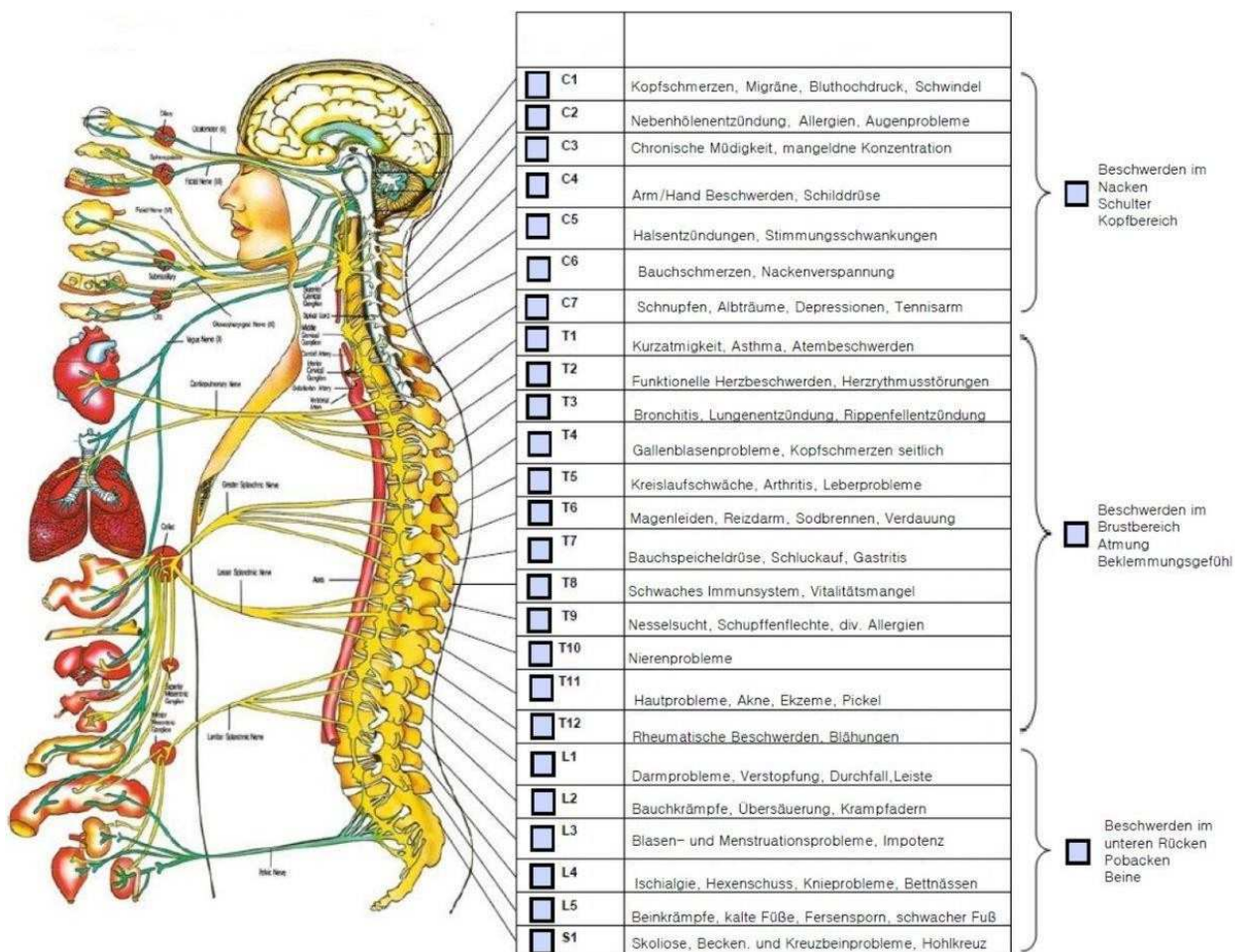


© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2020 Chiropraxis - Carola Fischer – Bochum
Seite 3 von 12



Chiropraxis
Carola Fischer

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7946 3171
gesund@chiropraxis-fischer.de
www.chiropraxis-fischer.de



Hier finde ich mich wieder

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ schnelle Gewichtszunahme | ☐ Grobporige Haut | ☐ Ich möchte in meinem Leben etwas ändern |
| ☐ Müdigkeit | ☐ Übergewicht | ☐ Einsamkeit |
| ☐ Schlafstörungen | ☐ Verstopfung | ☐ Kontaktscheu |
| ☐ Verdauungsprobleme | ☐ Durchfall | ☐ Eltern sind doof |
| ☐ Sodbrennen | ☐ Blähungen | ☐ Schokolade finde ich richtig lecker! |
| ☐ Hautirritationen | ☐ Essen schlingen | ☐ Sportmuffel |
| ☐ Rheumatische Beschwerden | ☐ Morgens bin ich müde | ☐ Verspannung |
| ☐ Nagelprobleme | ☐ Hämorrhiden | ☐ Steifheit |
| ☐ Starkes Schwitzen | ☐ Kein Frühstück | ☐ Tote Zähne |
| ☐ Stimmungsschwankungen | ☐ Spätes Essen | ☐ Narben |
| ☐ Tränensäcke | ☐ Instant-Produkte + Fast-Food | ☐ Ich bin zufrieden |
| ☐ Orangenhaut | ☐ Wenig Obst und Gemüse | ☐ Schlechtes Allgemeinbefinden |
| ☐ Bindegewebsschwäche | ☐ Amalgam -Füllung | |
| ☐ Schwangerschaftsstreifen | | |

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2020 Chiropraxis - Carola Fischer – Bochum
Seite 4 von 12



Gab es irgendwann Reaktion auf eine Lokale Betäubung beim Zahnarzt oder nach Operationen?

Hautauschlag, Jucken, Brennen, Geschwollene Lippen/ Augenlider, Luft not, Beklemmungsgefühl,
Herzrasen, niedriger/hoher Blutdruck, Zittern, Bewusstlosigkeit, Schwindel, Übelkeit/Erbrechen,
Metallsicher Geschmack auf der Zunge, Krampfanfälle?

☐ nein

☐ ja

Fragen zur Gesundheit

Rauchen Sie	☐ nein	☐ ja	Wie viel: _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol	☐ nein	☐ ja	Wie oft _____
Hobbys/Sport	☐ nein	☐ ja	Wie oft _____
Sitzende/Stehende Arbeit	☐ nein	☐ ja	Wie lange pro Tag: _____
Schwere körperliche Arbeit	☐ nein	☐ ja	
Essen Sie regelmäßig Gemüse/Obst	☐ nein	☐ ja	Wie oft _____
Essen Sie regelmäßig Seefisch	☐ nein	☐ ja	Wie oft _____
Essen sie Wurst/Fleisch	☐ nein	☐ ja	Wie oft _____
Schlafen Sie nachts durch	☐ nein	☐ ja	

Wie häufig werden Sie wach: _____

Haben Sie einen der folgenden Erkrankungen (gehabt)

Herzinfarkt	☐ nein	☐ ja	
Schlaganfall	☐ nein	☐ ja	
Asthma	☐ nein	☐ ja	
Diabetes mellitus	☐ nein	☐ ja	
Krebs	☐ nein	☐ ja,	_____
Multiples Sklerose	☐ nein	☐ ja	
Rheuma	☐ nein	☐ ja	
Neurodermitis	☐ nein	☐ ja	
Häufig blaue Flecken	☐ nein	☐ ja	
Häufig Fieber	☐ nein	☐ ja	
Starken Durst	☐ nein	☐ ja	

Ich habe ☐ **Narben (OP/ Unfälle etc.)**

☐ Zahnschiene

☐ Zahnspange

☐ Amalganfüllung

☐ tote Zähne

☐ Einlagen

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht:

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria,
Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten, Tuberkulose,
weitere: _____

Gab es nennenswerte Erkrankungen im Kindesalter? _____

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.





Familienanamnese

Gabe es Erkrankungen (Eltern, Großeltern, Geschwister) im Bereich:

Herz- Kreislauf/ Gefäße	☐ nein	☐ ja, welche : _____
Herzinfarkt /Schlaganfall	☐ nein	☐ ja
Asthma	☐ nein	☐ ja
Diabetes mellitus	☐ nein	☐ ja
Krebs	☐ nein	☐ ja, welcher: _____
Multiples Sklerose	☐ nein	☐ ja
Rheuma	☐ nein	☐ ja
Allergien	☐ nein	☐ ja
Neurodermitis	☐ nein	☐ ja
Sonstiges	☐ nein	☐ ja, _____

Beschwerden im Kopfbereich

Kopfschmerzen	☐ nein	☐ ja	☐ wie häufig _____
morgens, abends, Stirn, Augen, Schläfenregion, Hinterkopf, einseitig rechts - links, beidseitig, halbseitig			
Schwindel	☐ nein	☐ ja	
Schlaganfall	☐ nein	☐ ja	wann: _____
Epileptische			
Anfälle	☐ nein	☐ ja	☐ wie häufig/seit wann _____
Augen	☐ nein	☐ ja	Weitsichtig- Kurzsichtig, Grauer- Grüner Star
Verschwommenes Sehen, Doppelbilder, Schwarze Punkte			
Sonstiges: _____			
Ohren:	☐ nein	☐ ja	rechts-links, Schmerzen, vermehrtes Sekret,
Mittelohrentzündung akut- chronisch			
Tinnitus, seit: _____			
Schwerhörigkeit, seit: _____			
Zähnen	☐ nein	☐ ja	welcher Art: _____
Zähneknirschen	☐ nein	☐ ja	
Wurde bei Ihnen Amalgam entfernt			
	☐ nein	☐ ja	wann: _____
Mit Kofferdamm	☐ nein	☐ ja	
Nase	☐ nein	☐ ja	welcher Art _____
Häufige	☐ nein	☐ ja	Heute - als Kind, operativ Entfernt (wenn ja, wann)
Mandelentzündungen			wie häufig pro Jahr: _____
Heiserkeit	☐ nein	☐ ja	wie lange: _____
Kloßgefühl im Hals	☐ nein	☐ ja	
Schilddrüse	☐ nein	☐ ja	Unterfunktion- Überfunktion, Knoten, Vergrößerung
Autoimmundefekt, Medikamente _____			
Operation, wenn ja, wann: _____			

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.





Beschwerden im Brust- und Bauchbereich

Herz-	☐ nein	☐ ja	Stechen, Druckgefühl, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Herzjagen, Herzstolpern, Infarkt, wann: _____
Gefäße	☐ nein	☐ ja	Blutdruck zu hoch- zu niedrig, Verkalkte Gefäße kalte Finger- Füße, Schmerzen in den Beinen oder Füßen Gefühlsstörung in den Beinen oder Füßen Krampfadern, Füße manchmal geschwollen
Lunge	☐ nein	☐ ja	Husten- Auswurf, wie lange: _____ Atemnot, Asthma bronchiale, Bronchitis akut-chr. COPD, Lungenemphysem, Operation wenn ja wann: _____
Magen	☐ nein	☐ ja	Bauchschmerzen, Druckgefühl im Magen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Übelkeit - Erbrechen Sodbrennen, Widerwillen gegen Fleisch Beschwerden vor- nach dem Essen, Unverträglichkeit scharfen, fettigen oder rohem Essen In den letzten 6 Monaten mehr als zu oder abgenommen 5 kg
Darm	☐ nein	☐ ja	Bauchschmerzen Verstopfung, Durchfall, unregelmäßig Verdauung: _____ x Tag/ Woche Schmerzhaft, übelriechend, Blähungen Infektionen, Polypen, M.Crohn, Colitis ulcerosa Schmerzen, wo- seit wann: _____ Blut im Stuhl seit wann : _____ Farbveränderung: _____ Anderes: _____
Galle	☐ nein	☐ ja	Steine, Koliken, Druckgefühl im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, OP wann: _____
Leber	☐ nein	☐ ja	Hepatitis A-B-C, Leberzirrose

urologische Beschwerden und Beschwerden im Genitalbereich

Niere	☐ nein	☐ ja	Probleme beim Wasserlassen @Schmerzen, Brennen den Urin nicht halten können, Nächtliches Wasserlassen, Veränderung der Farbe und Aussehen Geruch nach: _____ Schmerzen in der Nierengegend Nierensteine, Entzündungen, Koliken
-------	-------------------------------	-----------------------------	--

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.





Häufig **geschwollene Augenlider/ Hände/Füße**

☐ nein

☐ ja

Prostata

☐ nein

☐ ja

Vergrößerung, Entzündung, Sekret austritt

OP wann: _____

Gynäkologie

☐ nein

☐ ja

Ausfluss, Eierstockentzündung, Tumore, Zysten,
Myome, Pilzinfektionen, Geschlechtskrankheiten,
Beschwerden in der Brust (Knoten, Sekret etc.)

Sonstiges: _____

Schwanger

☐ nein

☐ ja

Woche/ Monat : _____

Vorherige SS

☐ nein

☐ ja

wie viele: _____

Gab es Komplikationen bei der Entbindung

☐ nein

☐ ja

welcher Art: _____

am Termin, > 2 Wochen vor/nach Termin

Normalgeburt, Zange/Saugglocke, Kaiserschnitt

Komplikationen: _____

Ausschabung – Fehlgeburt

wann: _____

Verhütungs-Mittel ☐ nein

☐ ja

welches: _____

Beschwerden

Regel

☐ nein

☐ ja

Krämpfe, Schmerzen, Kreislaufschwierigkeiten
geringe-normale-starke Blutung,

Erste Regel mit _____

Zyklusdauer: _____

Klimaterische Beschwerden: _____

Sexualität

☐ nein

☐ ja

vermindert, erhöht, unbefriedigt, Potenzstörung,
Beschwerden beim Sex

Anderes: _____



Beschwerden im Rücken, an den Armen, an den Beinen, Hautbeschwerden

Arme	☐ nein	☐ ja	Verletzung, Tennis- Golferelbogen, Kribbeln Kalte Hände, Taubheit
Beine	☐ nein	☐ ja	Verletzung, Schmerzen, Krampfadern, kalte Füße, Kribbeln, Taubheit.
Rücken	☐ nein	☐ ja	Nackenschmerzen, Lendenschmerzen, Kribbeln, Taubheit Muskelschmerzen, Bewegungseinschränkung Gefühl das etwas „klemmt“ Sonstiges: _____
Gelenke	☐ nein	☐ ja	Rheuma, Versteifung, Arthrose, Kalkablagerung Knie, Schulter, Hüfte Weitere: _____ OP, wann: _____
Haut- Nägel	☐ nein	☐ ja	Juckreiz, Verbrennungen, Ekzeme, Geschwüre, Warzen, Pilze,
Starkes Schwitzen	☐ nein	☐ ja	
Hitzewallungen	☐ nein	☐ ja	
Narben	☐ nein	☐ ja	wo: _____

(Bitte alle Narben angeben bzw. zeigen)

Weitere Beschwerden

Schlechtes Allgemeinbefinden	☐ nein	☐ ja
Stimmungs-Schwankungen	☐ nein	☐ ja
Verspannungen	☐ nein	☐ ja
Innere Unruhe	☐ nein	☐ ja
Vergesslichkeit	☐ nein	☐ ja
Konzentrationsverlust	☐ nein	☐ ja
Empfindlich	☐ nein	☐ ja
Unentschlossen	☐ nein	☐ ja
Irritiert	☐ nein	☐ ja
Lustlos	☐ nein	☐ ja
Ohne Selbstvertrauen	☐ nein	☐ ja
Traurigkeit/ Niedergeschlagenheit	☐ nein	☐ ja
Stress	☐ nein	☐ ja
Fühlen Sie sich durch den Alltag gestresst (Arbeit, Schule, Verpflichtungen)	☐ nein	☐ ja
Macht Ihnen d. Thema Geld sorgen	☐ nein	☐ ja
Haben Sie Zeitmangel	☐ nein	☐ ja
Weiteres:	_____	

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.





Chiropraxis
Carola Fischer

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7946 3171
gesund@chiropraxis-fischer.de
www.chiropraxis-fischer.de

Ihr erster Besuch bei uns

In unserer Praxis herrschen Ruhe und Gelassenheit. Terminstress ist nicht gut für den Heilungsprozess. Daher haben wir für Ihre erste Untersuchung und Behandlung ein Zeitfenstervon mindestens 60 Minuten exklusiv reserviert. Das ausführliche Gespräch mit Ihnen, die Untersuchung und Ihre erste Behandlung werden etwa 45 Minuten Zeit in Anspruch nehmen.

Auch nach Ihrem ersten Termin werden Sie in unserer Praxis nicht lange warten müssen. Meist ist es so, dass Ihre Justierung, ohne jede Verzögerung, beginnt, wenn Sie in der Praxis eintreffen. Das liegt daran, dass wir Ihre Behandlungszeit exklusiv für Sie reservieren.

Heute warten viele Neupatienten auf ihren ersten Termin bei uns. Wir können diese Menschen erst dann terminieren, wenn unsere bestehenden Patienten ausreichend versorgt sind. Umso ärgerlicher ist es in einer solchen Situation, wenn ein Patient sehr kurzfristig absagt. Es ist für uns unmöglich, in den dann zur Verfügung stehenden wenigen Stunden, Folgetermine so zu verschieben, dass ein neuer Patient die freigewordene Zeit füllen kann.

Terminabsagen zwei **Werktage** vor Ihrem mit uns vereinbarten Termin werden nicht berechnet. In allen anderen Fällen sind wir nach BGB/§ 252 berechtigt, die Praxisausfallkosten (die vereinbarte Behandlungsgebühr) in Rechnung zu stellen.

Bitte unterzeichnen Sie hier Ihre Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis mit der vorstehenden Regelung.

Bochum, den _____ Unterschrift _____

Einverständniserklärung

Soweit Sie Ihre Rechnung nicht in bar oder mit Ihrer EC-Karte begleichen, wird die Abrechnungsstelle SoliPrax e.K. mit der Rechnungsabwicklung beauftragt. Für diesen Zweck werden die erforderlichen Daten übermittelt. Dabei werden die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz strikt eingehalten.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie die Zustimmung zur Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten unter den vorstehenden Voraussetzungen.

Bochum, den _____ Unterschrift _____

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2020 Chiropraxis - Carola Fischer – Bochum
Seite 10 von 12



Chiropraxis
Carola Fischer

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7946 3171
gesund@chiropraxis-fischer.de
www.chiropraxis-fischer.de

Was wir noch sagen müssen – das Kleingedruckte

Allgemeine Aufklärungspflicht:

Die in unserer Praxis durchgeführte Diagnose- und Therapieverfahren sind sanfte amerikanische Techniken, die Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir durch die Rechtsprechung dazu verpflichtet, Sie über Gefahren von chiropraktischen Maßnahmen aufzuklären. Bitte nehmen Sie sich noch 2 Minuten Zeit!

Urteil des OLG Düsseldorf (vom 08.07.1993 - 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.“

Urteil des OLG Stuttgart (von 20.02. 1997 – 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen 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.“

Mit Ihrer Unterschrift auf dieser Seite bestätigen Sie, dass Sie über Risiken und Nebenwirkungen der durchgeführten Maßnahmen ausführlich in Kenntnis gesetzt wurden und erklären sich damit einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen (z.B. Chemotherapie) abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in Eigenverantwortung des Patienten!

Bochum, den _____ Unterschrift _____

Datenschutzhinweis nach DSGVO

Unsere Datenschutzerklärung liegt in der Praxis zur Einsicht aus und ist auf der Website <http://www.chiropraxis-fischer.de/datenschutzerklaerung.html> einzusehen.

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2020 Chiropraxis - Carola Fischer – Bochum
Seite 11 von 12



Chiropraxis
Carola Fischer

Dr.- C.- Otto – Str. 2
44879 Bochum (Linden)
Tel.: (+49) 0234 7946 3170
Fax: (+49) 0234 7946 3171
gesund@chiropraxis-fischer.de
www.chiropraxis-fischer.de



Chiropractic Clinic of the Year
Germany
2025, 2024, 2023, 2022, 2021, 2020



Chiropractor Specialist Practice of the Year
Germany
2025, 2024, 2023, 2022, 2021, 2020, 2019



Excellence Award for Laser Therapie Treatments
2024

Mitgliedschaften:

Deutsch- Amerikanische Gesellschaft für Chiropraktik e.V.
Dachverband der Osteopathen Deutschlands e.V.
Verband freier Osteopathen e.V.



© Dieses Dokument ist
urheberrechtlich geschützt
© 2020 Chiropraxis - Carola Fischer – Bochum
Seite 12 von 12