

## Herzlich willkommen in der Praxis INTEGRI

Name	Vorname
(gesetzlicher Vertreter, wenn angebracht)	
Strasse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	
Krankenkasse Grundversicherung (Chiropraktik, Physio)	
Krankenkasse Zusatzversicherung (med. Massage)	
Telefon	Telefon Geschäft
Mobiltelefon	E-Mail

Name und Adresse des Hausarztes/der Hausärztin  
oder der Gemeinschaftspraxis

Sind Sie im Hausarztmodell / HMO-Modell versichert?

Ja

Nein

Läuft Ihre Behandlung über

**Unfall** Wir benötigen den Namen der Versicherung, Schadennummer, Unfalldatum, Krankenkassenkarte.

**Militärversicherung** Wir benötigen Ihre Krankenversicherungskarte oder die Angaben über Ihre Dienstdauer.

**Krankheit** Wir benötigen Ihre Krankenkassenkarte.

Ich ermächtige die INTEGRI AG, für die medizinische Beurteilung meines Gesundheitszustandes Informationen von Vorbehandelnden einzuholen. Auch erlaube ich der INTEGRI AG, alle für die Weiterbehandlung nötigen Informationen an nachbehandelnde Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen weiterzuleiten und entbinde hierzu die bei INTEGRI AG tätigen Leistungserbringer von ihrem Berufsgeheimnis. Ausserdem ermächtige ich die INTEGRI AG zur Weiterleitung aller nötigen Daten an eine zum Inkasso beauftragten Institution. Unsere Datenschutzerklärung informiert Sie ausführlich über die Bearbeitung Ihrer Daten ([www.integri.ch/datenschutz](http://www.integri.ch/datenschutz)).

Ich bin informiert, dass die Abklärung und Sicherstellung der Kostenübernahme durch die Versicherung in der Verantwortung des Versicherungsnehmers liegt und nicht in der des Leistungserbringers. Zudem bin ich einverstanden, dass von der zuständigen Versicherung eingeforderte Berichte erstellt und je nach Versicherung, der Krankenkasse oder dem Patienten in Rechnung gestellt werden.

Die bei der INTEGRI AG von den entsprechenden Fachpersonen durchgeführten Behandlungsmethoden (Chiropraktik, med. Massage, Physiotherapie) sind grundsätzlich sicher. Komplikationen können wie bei allen medizinischen Behandlungen auftreten, sind aber bei diesen Formen der Behandlung äusserst selten. Nebenwirkungen wie vorübergehende lokale Verspannungen können gelegentlich auftreten und klingen in der Regel innert weniger Tage ab. Ernsthafte Komplikationen im Anschluss an eine Manipulationsbehandlung der Halswirbelsäule (Verletzung einer Halsarterie) wurden in der Literatur vereinzelt dokumentiert. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen konnten einen direkten kausalen Zusammenhang jedoch nicht bestätigen. Verletzungen anderer Strukturen und Gewebe, als Folge einer chiropraktischen oder physiotherapeutischen Intervention oder einer medizinischen Massage, sind äusserst selten, wurden aber ebenfalls vereinzelt dokumentiert.

Ich bestätige, diesen Sachverhalt zur Kenntnis genommen zu haben und werde mich bei Fragen an die bei der INTEGRI AG für mich zuständige Fachperson wenden. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Dienstleistungen von Leistungserbringern der Praxis INTEGRI AG ist Bern.

Durch die Angabe von E-Mail und Handynummer akzeptiere ich, dass sämtliche Korrespondenz, inklusive Zustellung der Rechnungskopie, auf elektronischem Weg erfolgt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich einverstanden bin mit dem Erhalt eines periodischen, kostenlosen elektronischen Newsletters von INTEGRI AG mit interessanten Artikeln über Gesundheit und Neuigkeiten der Praxis. Ich möchte keinen Newsletter erhalten.

Datum

Unterschrift

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie der zuständigen Fachperson, Ihre individuelle Situation besser einschätzen zu können.

**Wie kamen Sie zu uns?**

Überweisung durch Arzt. Name? .....

Auf Empfehlung. Durch wen? .....

Telefonverzeichnis (local.ch / search.ch)  
Notfalldienst

Internet (Google)  
andere .....

Medgate

**Waren Sie schon einmal...**

- in der **Chiropraktik** Ja. Wann? Bei wem? ..... Nein
- in einer **Physiotherapie** Ja. Wann? Bei wem? ..... Nein
- in einer **med. Massage** Ja. Wann? Bei wem? ..... Nein

**Haben Sie Schmerzen?**

Ja, seit ..... Nein

**Wo sind die Schmerzen?**

Bitte einzeichnen

0 keine Schmerzen

1

2 leichte Schmerzen

3

4 ziemliche Schmerzen

5

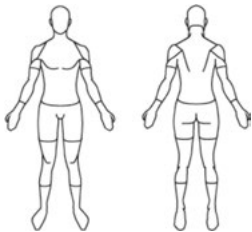
6 starke Schmerzen

7

8 sehr starke Schmerzen

9

10 unerträgliche Schmerzen



vorne

hinten

**Sind Sie zur Zeit in einer anderen Behandlung?**

Ja. Weshalb? Bei wem? ..... Nein

**Nehmen Sie Medikamente?**

Ja. Was? Dosis? ..... Nein

**Wurden von Ihrem Skelett schon Röntgen- oder MRI-Aufnahmen gemacht?**

Ja. Wann? Wo? Welche Körperregion? ..... Nein

**Leiden oder litten Sie je unter:**

- |                            |                          |                     |                     |
|----------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|
| Schlaganfall               | Schwindel                | Krebs/Tumor         | Allergien           |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | Kopfschmerzen            | Atemschwierigkeiten | psychische Probleme |
| Rheumatische Krankheiten   | Herz-/Kreislaufstörungen | Verdauungsstörungen | andere Krankheiten  |

**Hatten Sie jemals Körperverletzungen nach einem Unfall?**

Ja. Was ist geschehen? Welcher Körperteil ist verletzt worden? ..... Nein

**Hatten Sie jemals eine Operation?**

Ja. Was? Wann? ..... Nein

**Sind Sie berufstätig?**

Ja. Welchen Beruf / welche Tätigkeit üben Sie momentan aus? ..... Nein

**Treiben Sie Sport?**

Ja. Was? Wie oft? ..... Nein

**Räuchen Sie?**

Ja. Seit wann? Wie viel? ..... Nein

**Empfinden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand derzeit als eher schlecht (1) oder eher gut (10)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (bitte wählen)