

# Datenschutzerklärung

Sehr geehrter Patient, liebes Praxismitglied,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.

Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

## Verantwortlich für die Datenverarbeitung im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung ist:

Praxisname: Ahearn Chiropractic / Paul Ahearn  
Datenschutzbeauftragte: Diana Ahearn  
Adresse: Alexanderstraße 18, 40210 Düsseldorf, Deutschland  
Kontakt: 0211 / 86 29 015 oder info@ahearn-chiropractic.de

## Welche Daten verarbeiten wir für welche Zwecke?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir zur Durchführung und Abrechnung Ihrer Behandlung von Ihnen erhalten.

Dazu gehören:

- Ihr Name und Ihre Anschrift sowie andere Kontaktdaten,
- Behandlungsdaten,
- Versicherungsdaten und
- Gesundheitsdaten.

Zu den Gesundheitsdaten zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte/Behandler erheben oder die Sie uns von Ihren Ärzten und Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, zur Verfügung stellen.

Die Erhebung dieser Daten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und **Ahearn Chiropractic** und um die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine Behandlung nicht erfolgen.

Werden die von uns erbrachten Leistungen auf elektronischem Wege bezahlt, erheben wir darüber hinaus Bankverbindungsdaten von Ihnen, um die Behandlung abrechnen zu können.

Wir hinterlegen in Ihrer Akte ein Lichtbild, damit eine Verwechslung ausgeschlossen werden kann und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei einem Ihrer nächsten Besuche eine direkte und persönliche Ansprache erleichtert wird.



# Datenschutzerklärung

## Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben.

Empfänger solcher Daten können von uns beauftragte Rechtsanwälte, Steuerberater oder Buchhalter oder ein für uns tätiger IT-Dienstleister sein. Dies ist gegebenenfalls ebenso unser Kooperationspartner Christian Karrer Personal Training Düsseldorf/Köln, Alexanderstr. 18, 40210 Düsseldorf. Eine Datenübermittlung ins nicht-europäische Ausland findet nicht statt.

## Speicherung Ihrer Daten

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten für bestimmte Zeiträume aufzubewahren. Für Ihre Patientenakte gilt gem. § 630f Abs. 3 BGB beispielsweise eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung. Ähnlich lange Fristen ergeben sich beispielsweise aus der Abgabenordnung (AO) oder dem Handelsgesetzbuch (HGB).

## Ihre Rechte

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, eine Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten, von Ihrem Vertragspartner zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Löschung Ihrer Daten ist in dem Umfang möglich, wie es die gesetzlichen Aufbewahrungspflichten zulassen. Gemäß Art. 77 DSGVO haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie mit der von uns vorgenommenen Verarbeitung Ihrer Daten nicht einverstanden sind.

Den in NRW zuständigen Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen erreichen Sie unter: Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211 / 3 84 24-0, E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de).

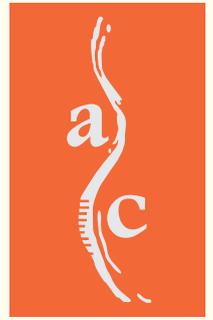
Wir möchten Sie bitten, sich im Falle Ihrer Unzufriedenheit zunächst an uns oder unsere Datenschutzbeauftragte zu wenden. Sofern die Datenverarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, haben Sie zudem das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

## Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Die Einwilligung muss schriftlich widerrufen werden.

Der Widerruf ist zu richten an:

Paul Ahearn, Ahearn Chiropractic, Alexanderstraße 18, 40210 Düsseldorf.



# Einwilligung

## Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich:



Vorname, Name des/der Patienten/in

Geburtsdatum

meine **Einwilligung** in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten, im Zusammenhang mit der Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers/Chiropraktors: Paul Ahearn / Ahearn Chiropractic, Alexanderstraße 18, 40210 Düsseldorf.



### Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung der Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig.** Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. **Ohne Einwilligung** kann jedoch grundsätzlich **keine Behandlung** durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Die Bilddokumentation dient ausschließlich der internen Dokumentation und wird **NICHT** für Veröffentlichungen und kommerzielle Zwecke verwendet.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung und Rechte habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.



Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r

# Angaben zu Ihrer Person und Gesundheit



(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Name, Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  männlich

Straße \_\_\_\_\_  weiblich

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Beruf oder Haupttätigkeit \_\_\_\_\_

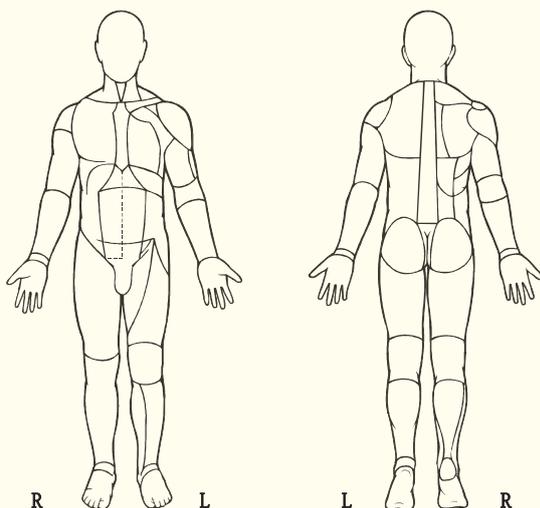
## 1. Bestätigung

Ich möchte künftig eine SMS erhalten, um an meinen Untersuchungs- bzw. Besprechungstermin erinnert zu werden  ja  nein

Meine Vermessungen und Analysen, sowie allgemeine Praxisinformationen, als auch der Freischaltlink zum Online-Kalender dürfen mir per E-Mail zugeschickt werden.  ja  nein

## 2. Hauptbeschwerde(n): \_\_\_\_\_

Markieren Sie im Bild, wo Ihre Hauptbeschwerden sind:



### • Sind Sie schwanger?

- ja, errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_
- nein

### • Rauchen Sie?

- ja, seit: \_\_\_\_\_
- nein

### • Tragen Sie eine Absatzerhöhung?

- ja  links \_\_\_\_\_ cm
- rechts \_\_\_\_\_ cm
- nein

• **Medikamente:** \_\_\_\_\_

• **Operationen/Chirurgische Eingriffe:** \_\_\_\_\_

**3. Bitte kreuzen Sie an und/oder fügen Sie hinzu, welche Erkrankungen Sie haben oder in den letzten Jahren hatten:**

- Herz-Kreislaufkrankungen \_\_\_\_\_
- Bluthochdruckerkrankungen \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörungen \_\_\_\_\_
- Schlaganfall/Herzinfarkt \_\_\_\_\_
- Lungenerkrankungen \_\_\_\_\_
- Erkrankungen des Magen-Darmtraktes \_\_\_\_\_
- Leber-Gallenbeschwerden \_\_\_\_\_
- Hormonelle Erkrankungen /Diabetes \_\_\_\_\_
- Infektionserkrankungen \_\_\_\_\_
- Allergien \_\_\_\_\_
- Autoimmunerkrankungen \_\_\_\_\_
- Krebs-Tumorerkrankungen \_\_\_\_\_
- Metastasen \_\_\_\_\_
- Sehstörungen \_\_\_\_\_
- Ohrenprobleme/Tinnitus \_\_\_\_\_
- Schwindel/Gleichgewichtsstörungen \_\_\_\_\_
- Kieferprobleme/CMD \_\_\_\_\_
- Psychische Beschwerden/Anfallsleiden \_\_\_\_\_
- Befindet sich Material oder Implantate im Körper/Mund \_\_\_\_\_
- Unfälle und schwere Stürze \_\_\_\_\_
- Schleudertrauma \_\_\_\_\_
- Knochenbrüche/-erkrankungen \_\_\_\_\_

**4. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

\_\_\_\_\_

**Die oben genannten Fragen zu meiner Person und meiner Gesundheit habe ich wahrheitsgemäß beantwortet:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r

## Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

(z. B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen spezielle Fragen des/der Patienten/in, Neben- und Folgemaßnahmen, mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung oder Verschiebung der Behandlung, Gründe für eine Ablehnung, Verhaltensweisen, Beschränkung der Einwilligung, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter)

---

---

---

---

---

## Einwilligungserklärung

Über die geplante chiropraktische Behandlung hat mich \_\_\_\_\_ in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung der Behandlung, über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen, über Neben- und Folgemaßnahmen und ihre Risiken, sowie über Behandlungsalternativen stellen.

- Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich in verständlicher Form umfassend informiert. Ich weiß, dass verschiedene Wirbelsäulenabschnitte behandelt werden. Mit den im Gespräch erörterten möglichen Neben- und Folgemaßnahmen bin ich ebenfalls einverstanden.
- Unter bewusstem Verzicht auf eine weitere Bedenkzeit wünsche ich ausdrücklich eine Behandlung direkt nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung am heutigen Tag.
- Ich benötige noch eine angemessene Bedenkzeit, um in die vorgeschlagene chiropraktische Behandlung einzuwilligen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

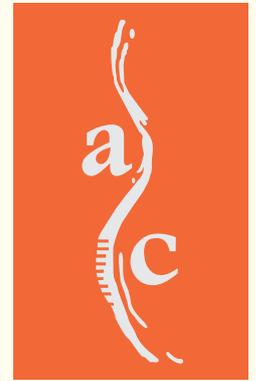
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r

## Nur im Falle einer Ablehnung der Behandlung

Die vorgeschlagene Behandlung wurde nach ausführlicher Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile (z. B. Fortbestehen/Verschlimmerung der Beschwerden) wurde ich informiert.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r



# Patientenaufklärung – amerikanische Chiropraktik

## Sehr geehrter Patient, liebes Praxismitglied!

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

Sie haben diese Praxis aufgesucht, um sich bzw. Ihr Kind chiropraktisch behandeln zu lassen. Vor der Behandlung werden wir mit Ihnen über die Notwendigkeit und Durchführung der geplanten Maßnahmen, sowie über die Möglichkeiten der Behandlung sprechen.

Sie sollten die typischen Risiken und Folgen der chiropraktischen Behandlung sowie eventuelle Behandlungsalternativen kennen, damit Sie sich entscheiden und in die Behandlung einwilligen können.

Dieses Informations- und Aufklärungsblatt soll helfen, das Gespräch mit dem/der Gesundheitsberater/in vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren. Darüber hinaus möchten wir Ihnen die Abläufe in unserer Praxis veranschaulichen.

*Ihr ahearn chiropractic Team*

---

### 1. Welche Voruntersuchungen sind nötig?

Die bereits erfolgten oder noch folgenden eingehenden Voruntersuchungen durch Ihren Gesundheitsberater/Heilpraktiker dienen der Befunderhebung und dem Ausschluss von Hinderungsgründen für eine chiropraktische Behandlung (Kontraindikation). Dazu gehören auch Fragen, die Sie in dem Anamnesebogen bereits beantwortet haben und/oder noch beantworten werden.

### 2. Was ist Chiropraktik?

Chiropraktik ist eine eigenständige ganzheitliche und vitalistische Form der Gesundheitsvorsorge, die darauf ausgerichtet ist, Gesundheit und Funktion des menschlichen Körpers wiederherzustellen und zu erhalten.

Sie zielt auf die Korrektur von Subluxationen ab, die definiert sind als Verlust der Beweglichkeit bzw. Verschiebung eines Gelenks aus seiner natürlichen Position mit weitreichenden schädlichen Auswirkungen auf die Funktion des Nervensystems und auch des Bewegungsapparates.

Das Vorhandensein von Subluxationen und ihren schädlichen Auswirkungen auf die gesunde Funktion des Körpers ist nicht abhängig von Schmerz. Subluxationen können ohne bewusste Schmerzen entstehen und bestehen. Gesundheitliche Schäden können schon lange vorhanden sein, bevor Schmerz entsteht. Der Indikator für eine chiropraktische Behandlung ist nicht das Vorhandensein von Symptomen wie bewusster Schmerz und/oder bewusste eingeschränkte Funktion, sondern ausschließlich des Vorhandenseins von Subluxationen.

Die Korrektur von Subluxationen kann zu einer deutlichen Steigerung der Leistungsfähigkeit und der allgemeinen Gesundheitsparametern führen.

### 3. Welche chiropraktischen Behandlungen gibt es?

Die chiropraktische Justierung korrigiert die Subluxation durch Wiederherstellen der physiologischen Beweglichkeit und Position des Gelenkes. Sie sorgt für die Rückkehr zu gesunder neurologischer Funktion auf segmentaler und globaler Ebene. Die Justierung normalisiert mechanorezeptorische und nozizeptive Signale zwischen den Gelenken und dem zentralen Nervensystem. Sie trägt somit zur Stressreduktion und der allgemeinen Gesundheit bei.

Subluxationen können an allen Abschnitten der Wirbelsäule, des Beckens und an den Gelenken der Extremitäten auftreten und werden durch chiropraktische Justierungen korrigiert.

Die Justierungen erfolgen manuell, mit Hilfe spezieller chiropraktischer Instrumenten (Aktivator, Arthrostim) und/oder einer speziellen chiropraktischen Liege, dem Dropdown Table durchgeführt. Neben der Justierung kommen auch neuromuskuläre Techniken (z.B. verschiedene Formen der Muskeldehnung) und andere Weichteiltechniken zur Anwendung. Die Chiropraktik ist Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten.

### 4. Gibt es andere Behandlungsmethoden?

Zur Behandlung von Störungen an der Wirbelsäule kommen auch andere ergänzende Methoden in Frage. Diese sind z.B. Krankengymnastik, physikalische Therapien oder orthopädische Hilfsmittel.

Die Chiropraktik kann mit anderen Behandlungsmethoden (z.B. Physiotherapie) sinnvoll kombiniert werden. Gegebenenfalls wird Ihr Chiropractor mit Ihnen darüber sprechen.

### 5. Können Komplikationen auftreten?

Mit einer kunstgerechten Justierung ist nahezu kein Risiko verbunden.

Eine chiropraktische Behandlung an der Wirbelsäule birgt gewisse Risiken in sich, deren Auftreten auch bei kunstgerechter Anwendung nicht ganz auszuschließen sind.

Nach dem Kenntnisstand der Chiropraktik und der Medizin gibt es keinen Hinweis, dass eine korrekt durchgeführte chiropraktische Behandlung eine Bandscheibenschädigung hervorruft.

Bei bereits bestehenden Bandscheibenschäden oder bisher nicht bekannten Bandscheibenvorfällen, kann es auch bei kunstgerechter Anwendung in extrem seltenen Fällen zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression mit Schmerzausstrahlung, Gefühlsstörungen oder (noch seltener) Lähmungserscheinungen im Bereich der Extremitäten, der Blase oder des Mastdarms kommen. Dies kann aber auch in Alltagssituationen, wie z.B. durch schnelle Drehungen, ungeschicktes Bücken, Heben eines Gegenstandes oder Niesen ausgelöst werden. Tritt ein solches Ereignis ein, können eine stationäre Behandlung und ggf. eine Bandscheibenoperation erforderlich und die Folge sein.

Ihr Chiropractor wird eine Behandlung nur durchführen, wenn er bei Ihnen/Ihrem Kind keine Faktoren sieht, die auf ein erhöhtes Risiko für die gewählte Behandlungsmethode hindeuten. Selbstverständlich kann der Chiropractor keine Garantie für den Behandlungserfolg übernehmen. Es ist ferner nicht auszuschließen, dass es in sehr seltenen Fällen auch zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Beschwerden kommen kann. Der Indikator für eine chiropraktische Behandlung ist nicht das Vorhandensein von Symptomen wie bewusster Schmerz und/oder bewusste eingeschränkte Funktion, sondern ausschließlich des Vorhandenseins von Subluxationen.

Die Korrektur von Subluxationen kann zu einer deutlichen Steigerung der Leistungsfähigkeit und der allgemeinen Gesundheitsparameter führen.

## 6. Worauf ist nach der Behandlung zu achten?

Sollten bei Ihnen/Ihrem Kind nach einer chiropraktischen Behandlung Schmerzen, Nervenstörungen oder Schwindel auftreten, so informieren sie bitte unverzüglich Ihren Chiropraktor.

Ein leichter vorübergehender Schwindel nach der Justierung (bis fünf Minuten) ist harmlos. Vorsichtshalber sollten Sie/Ihr Kind sich aber nach der Justierung an der Wirbelsäule noch eine Weile in der Praxis aufhalten und nach Auftreten eines solchen vorübergehenden Schwindels für ca. eine Stunde kein Kraftfahrzeug fahren.

Bei auftretenden Besonderheiten nach Verlassen der Praxis kontaktieren Sie uns oder wenden sich außerhalb unserer Praxiszeiten an den Notfalldienst oder eine Notaufnahme.

Sie können zu einem nachhaltigen Erfolg der Behandlung beitragen, indem Sie die Hinweise bzgl. Ihrer Lebensführung beachten, die Ihnen Ihr Chiropraktor gegeben hat (z. B. Vermeidung von Fehlhaltungen, Förderung von richtigem Ess- und Trinkverhalten, Reduktion von Stress usw.).

## 7. Wie rechnen wir ab?

Die Kosten sind wie folgt:

- Erstuntersuchung/Anamnese/Haltungsanalyse,  
inkl. 1 chiropraktischen Justierung: **144,- Euro**

Bitte haben Sie Verständnis, dass Termine, die nicht **24 Stunden vor Terminbeginn** abgesagt werden, mit **40,- Euro** in Rechnung gestellt werden.