

HINWEISE FÜR PATIENTEN

(Allg. Behandlungsrisiko und Patientenfragebogen)

LIEBE PATIENTIN/ LIEBER PATIENT,

wir möchten Sie zunächst herzlich im Zentrum für Amerikanische Chiropraktik & Osteopathie Mannheim begrüßen. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um die nachfolgenden Hinweise aufmerksam zu lesen und den anliegenden Patientenfragebogen auszufüllen. Sie entscheiden selbstbestimmt, welche Arten der Behandlung wir anwenden. Der Fragebogen dient maßgeblich zu einer grundlegenden Anamnese, um das Behandlungsrisiko individuell abschätzen zu können und gegebenenfalls weitere notwendige Voruntersuchungen (bildgebende Verfahren wie Röntgen oder MRT) oder auch grundsätzliche Gegenanzeigen für eine Behandlung erörtern zu können. Wir sind hier darauf angewiesen, dass Sie uns vollständig und korrekt aufklären.

I. Sanfte amerikanische Technik

Bei der Chiropraktik handelt es sich um eine Therapiemethode zur Behandlung von schmerzhaften Funktionsstörungen der Wirbelsäule und anderer Gelenke der Extremitäten. Dabei sollen Blockaden und Subluxationen (Gelenkeinschränkungen mit Verschiebung der gelenkbildenden Knochenenden, bei der die Gelenkflächen partiell noch in Berührung bleiben) manuell, das bedeutet mit den Händen, gelöst werden.

Osteopathie dient der Erkennung und Behandlung von Funktionsstörungen. Dazu nutzt sie eigene Techniken, die mit den Händen ausgeführt werden. Die Osteopathie nimmt Sie als Patienten individuell wahr und behandelt Sie in Ihrer Gesamtheit. Sie ist deshalb eine ganzheitliche Form der Behandlung.

Wir bieten Ihnen die Durchführung von Diagnose- und Therapieverfahren nach der sogenannten „amerikanischen Technik“ an. Diese Technik ist darauf angelegt, grundsätzlich bestehenden Behandlungsrisiken durch die Anwendung von spezifischen Techniken so gering wie möglich zu halten. Dabei orientieren wir uns jeweils an den neuesten Erkenntnissen und Techniken aus unseren Fachgebieten und bilden uns ständig fort.

II. Allg. Behandlungsrisiko

Wenn Sie sich - insb. zur Vermeidung von schulmedizinisch indizierten Operationen und Eingriffen - für eine Behandlung in unserer Praxis entscheiden, weisen wir Sie darauf hin, dass wir Ihnen trotz Anwendung größtmöglicher Sorgfalt keinen Behandlungserfolg versprechen können. Die Wirbelsäule und das empfindliche Rückenmark sind besonders stark mit Blutgefäßen durchsetzt. Hier können selbst Bewegungen im Alltag bei Vorbelastung Verletzungen auslösen, die zu schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Leider können wir selbst bei Anwendung größtmöglicher Sorgfalt nicht alle Risiken ausschließen.

Nach einer Behandlung kann es in Einzelfällen auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen. Zögern Sie daher nicht, uns umgehend anzusprechen, sofern sich ein positives Behandlungsergebnis nicht einstellt oder gar eine Verschlechterung eintritt.

Bei Behandlungen von Beschwerden an den Bandscheiben kann es selbst bei fehlerfreier Durchführung der Behandlung, insb. auf Grund bestehender Vorschädigungen, zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe bis hin zur Folge einer spinalen Wurzelkompression kommen.

Wir müssen Sie weiter darauf hinweisen, dass es selbst bei korrekter Durchführung von Manipulationen und Behandlungen an der Wirbelsäule, insb. der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes mit weiteren schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen kommen kann.

Bei Fragen oder bei Zweifeln zögern Sie bitte nicht, diese mit uns zu erörtern. Vorbelastungen oder Vorerkrankungen müssen Sie uns unbedingt mitteilen, selbst wenn Sie meinen, dass diese mit der Behandlung der derzeit betroffenen Körperregionen nicht zusammenhängen (Gesamtheitliche Medizin).

III. Nachfolgend möchten wir kurz auf Ihre Versicherung eingehen:

Viele gesetzliche Krankenversicherungen übernehmen osteopathische Behandlungen. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse. Wenn Sie Selbstzahler sind, fragen Sie eventuell bei Ihrer Krankenversicherung nach, ob Sie eine Zusatzversicherung abschließen können, die die Kosten für Heilpraktikerleistungen vollständig bzw. anteilig übernimmt. Wenn Sie privat- oder zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Eine Erstattung der Behandlungskosten durch Versicherungen oder Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet. Wir übernehmen daher für eine Erstattung keine Garantie und raten Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen
Ihr Zentrum für Amerikanische Chiropraktik & Osteopathie Mannheim

BESTÄTIGUNG DER HINWEISE und EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Die vorstehenden Hinweise und Belehrungen habe ich erhalten und verstanden. Ich wurde über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der durchzuführenden Maßnahmen ausführlich in einem nachfolgenden Aufklärungsgespräch in Kenntnis gesetzt und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden. Werden evtl. bereits von Ärzten vorgeschlagene Operationen oder Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben, so erfolgt dies ausschließlich in eigener Verantwortung. Ich hatte Gelegenheit, meine Rückfragen zu erörtern. Ich willige auf dieser Grundlage in die Behandlung durch das Zentrum für Amerikanische Chiropraktik & Osteopathie Mannheim ein.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine anteilige Ausfallpauschale in Höhe von **€ 50,00** bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder in Textform abgesagt zu haben.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner des Zentrums für Amerikanische Chiropraktik & Osteopathie Mannheim.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben im Patientenfragebogen.

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)



ZENTRUM FÜR AMERIKANISCHE
CHIROPRAKTIK & OSTEOPATHIE
MANNHEIM

PATIENTENFRAGEBOGEN

| BITTE FÜLLEN SIE DEN FRAGEBOGEN SORGFÄLTIG AUS

VORNAME

NACHNAME

PLZ ORT

STRASSE

TELEFON

E-MAIL

GEBURTSDATUM

BERUF / TÄTIGKEIT

WOHER KENNEN SIE UNSERE PRAXIS?

GESETZLICH VERSICHERT
 PRIVAT VERSICHERT
 ZUSATZVERSICHERUNG

KRANKENVERSICHERUNG (bitte ankreuzen)

1| WAS IST DER GRUND IHRES PRAXISBESUCHES?

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.
- Meine Hauptbeschwerden sind: _____

2| ORDNEN SIE IHRE BESCHWERDEN NACH IHRER WICHTIGKEIT

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

3| WIE INTENSIV SIND DIE SCHMERZEN?

(Bitte tragen Sie die jeweilige Zahl der Schmerzskala in das entsprechende Kästchen ein.)



1.
2.
3.
4.
5.

4| WIE HÄUFIG TRETEN DIE BESCHWERDEN AUF?

1. x täglich / wöchentlich / monatlich
2. x täglich / wöchentlich / monatlich
3. x täglich / wöchentlich / monatlich
4. x täglich / wöchentlich / monatlich
5. x täglich / wöchentlich / monatlich

5| WAS EREIGNETE SICH VOR DEM AUFTRETEN DER JETZIGEN BESCHWERDEN?

- nichts Außergewöhnliches
- eine Erkrankung
- Kummer
- Trauer
- Schock
- Operation
- Hautausschläge
- Änderung der Körpertemperatur
- Sonstiges: _____

6| BEI WAS FÜHLEN SIE SICH DURCH IHRE BESCHWERDEN IM ALLTAG AM MEISTEN EINGESCHRÄNKT?

WAS FÄLLT IHNEN DURCH DIESE BESCHWERDEN SCHWERER?

WELCHES HOBBY/WELCHE LEIDENSCHAFT KÖNNEN SIE NICHT MEHR SO AUSÜBEN WIE ES IHNEN WICHTIG WÄRE?

GIBT ES BESCHWERDEN, DIE SIE NICHT MIT DER WIRBELSÄULE UND IHREM BEWEGUNGSAPPARAT IN VERBINDUNG BRINGEN?

WAREN SIE BEZÜGLICH IHRER BESCHWERDEN BEREITS IN (FACHÄRZTLICHER) BEHANDLUNG WIE PHYSIOTHERAPIE, MASSAGE, FACHARZT, CHIROPRAKTIKER O.A.?

ja, bei _____ nein

Die Behandlung war erfolgreich wenig erfolglos

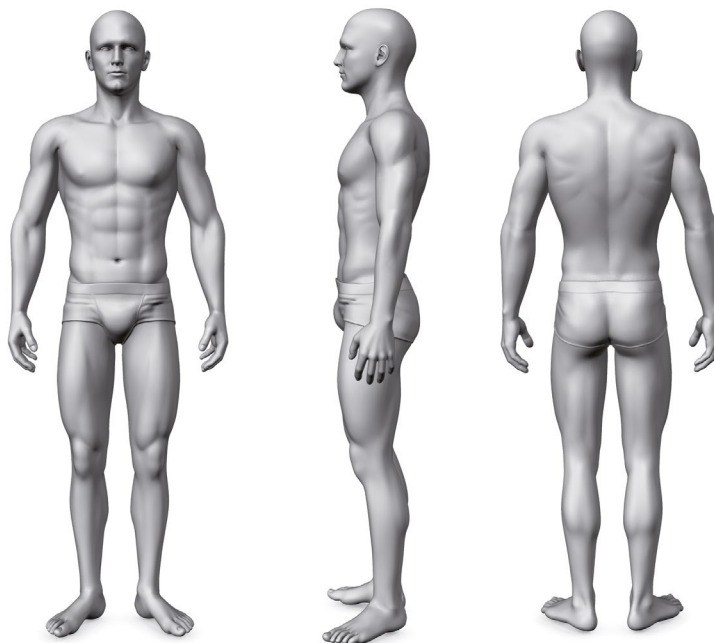
7| ES GAB IN MEINEM LEBEN FOLGENDE EREIGNISSE:

Unfall Operation Sonstiges

8| ICH HABE FOLGENDE BESCHWERDEN:

- Ich trage Einlagen
- Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung links: mm rechts: mm
- Kiefergelenk (Knirschen, Knacken, Schmerz)
- Schulter-, Arm-, Handbeschwerden Hüft-, Knie-, Sprunggelenkbeschwerden
- Brille Kontaktlinsen

9| BITTE MARKIEREN SIE IHRE SCHMERZHAFTE REGION



10| NEHMEN SIE IN REGELMÄSSIGEN ABSTÄNDEN MEDIKAMENTE EIN?
BLUTVERDÜNNER, SCHLAFTABLETTEN, ENTZÜNDUNGSHEMMER ETC.

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

11| LEIDEN SIE UNTER SCHLAF- ODER DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN?

- Ja Nein

12| WURDEN SIE HINSICHTLICH IHRER BESCHWERDEN BILDGEBEND
UNTERSUCHT?

- Röntgen CT (Computertomographie)
 Ultraschall MRT (Magnetresonanztomographie)

13| SIND ODER WAREN SIE SCHWANGER?

- Ja Nein

Wenn ja, wie war der Verlauf? _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

VON MEDIZINISCHER FACHKRAFT AUSZUFÜLLEN:

	rechts	links
Blutdruck		
Sauerstoffsättigung		
Balance		
Pupillenreaktion		