

HINWEISE FÜR PATIENTEN

(Allg. Behandlungsrisiko und Patientenfragebogen)

LIEBE PATIENTIN/ LIEBER PATIENT,

wir möchten Sie zunächst herzlich in unserer Praxis für Amerikanische Chiropraktik 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.

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.

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.

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 (Ganzheitliche Medizin).

Nachfolgend möchten wir kurz auf Ihre Versicherung eingehen:

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 zusatz- versichert 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
Ihre Praxis für Amerikanische Chiropraktik Raphael Linnemann

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 die Praxis für Amerikanische Chiropraktik Raphael Linnemann ein.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine anteilige Ausfallpauschale in Höhe von **€ 50,00 (Ersttermin) bzw. € 35, 00 (Folgetermine)** 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 der Praxis für Amerikanische Chiropraktik Raphael Linnemann.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben im Patientenfragebogen.

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Patientenfragebogen

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

E-mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):

Bei Minderjährigen bitte zusätzlich Name (und ggf. Anschrift)
des Erziehungsberechtigten/des Versicherten angeben:

Krankenversicherung:

- Gesetzlich: Bitte informieren Sie sich über unsere Preise für Selbstzahler.
- Private Zusatzversicherung für Heilpraktiker:
Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.
Bitte erkundigen Sie sich, ob Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.
- Privat: Abrechnung nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.

Bitte erkundigen Sie sich, bis zu welcher Grenze Ihre Kasse die Leistungen übernimmt.

Wodurch kennen Sie unsere Praxis? _____

Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

- Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.
- Meine Hauptbeschwerde/n ist/sind:

	Problem	Datum erste Symptome	Derzeitige Symptome
1			
2			
3			
4			

Waren Sie damit bereits in Behandlung ? (Arzt / Osteopathie/ Physiotherapie etc. – bitte mit Namen angeben)

Die Behandlung war erfolgreich wenig erfolgreich erfolglos

Woran sind Sie bisher operiert worden?

1. _____ Wann? _____ 2. _____ Wann? _____
3. _____ Wann? _____ 4. _____ Wann? _____

Welche Unfälle hatten Sie?

1. _____ Wann? _____ 2. _____ Wann? _____
3. _____ Wann? _____ 4. _____ Wann? _____

Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?

Zu welchen Tageszeiten sind Ihre Beschwerden deutlich wahrnehmbar?

Welche Medikamente nehmen Sie und wofür?

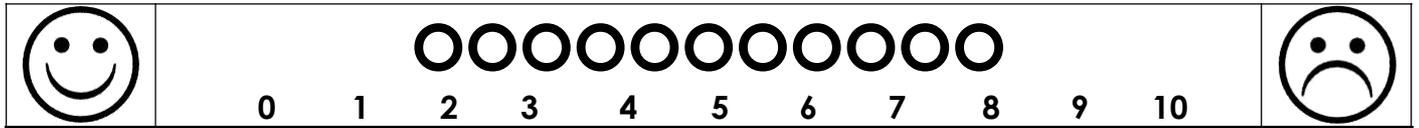
Was lindert Ihre Beschwerden? (unbedingt auszufüllen)

Was verstärkt Ihre Beschwerden? (unbedingt auszufüllen)

In welchen Tätigkeiten werden Sie durch Ihre Beschwerden eingeschränkt?

Tragen Sie hier bitte die Intensität Ihrer Gesamtschmerzen ein.

Markieren Sie bitte den Kreis, der Ihrer Schmerzintensität in der letzten Zeit am ehesten entspricht:

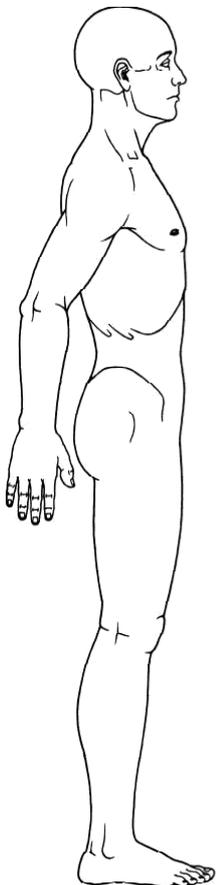


0 = „kein Schmerz“, 5= „Erträglichkeitsschwelle“, 10=„stärkster vorstellbarer Schmerz“
(bitte nur einen Kreis markieren)

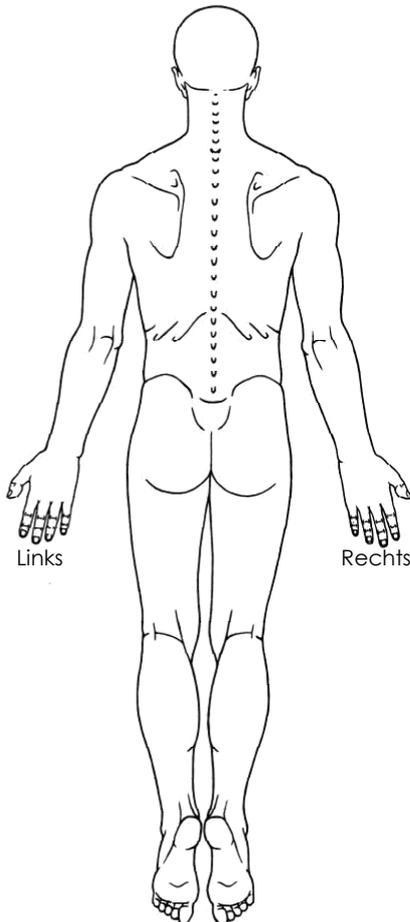
Bitte zeichnen Sie in diese Skizzen Ihr „Schmerzbild“ ein:

- Machen Sie ein Kreuz bei punktuellen Schmerzen X
- Machen Sie einen Pfeil bei ausstrahlenden Schmerzen →
- Machen Sie eine Schraffur bei diffusen Beschwerden //
- Machen Sie viele kleine Punkte bei tauben / kribbelnden Stellen ::::
- Bezeichnen Sie jeden Schmerzbezirk mit einer Zahl von 1 bis 10 nach der Intensität der letzten Tage (wie oben)
- Ordnen Sie Ihre Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit

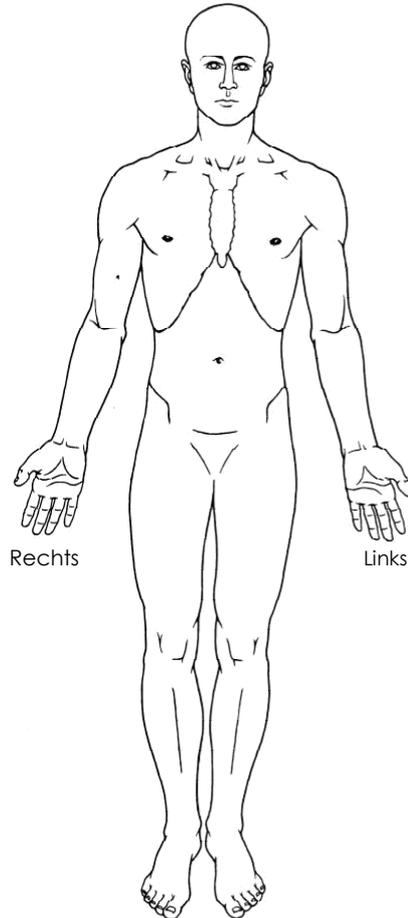
Rechte Seite



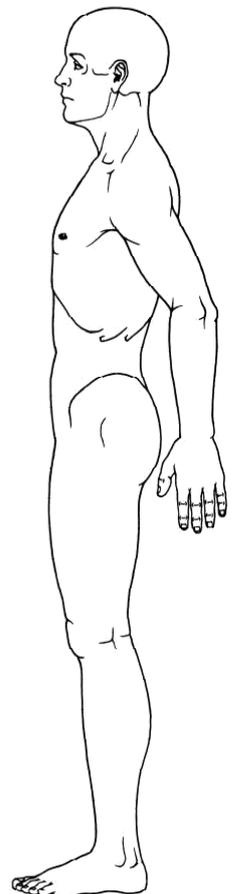
Rückseite



Vorderseite



Linke Seite



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten:

Welche Symptome, Veränderungen oder Diagnosen treffen bei Ihnen/Ihrem Kind zu?

Lesen Sie bitte sorgfältig, antworten Sie wahrheitsgemäß und kontaktieren Sie uns bei eventuellen Unklarheiten **(Zutreffendes ggf. unterstreichen)**.

- | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Schwindel, Sehstörungen, häufig Kopfschmerzen, Migräne ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Hörstörungen oder Ohrgeräusche (Tinnitus) ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Erlittene Schädelverletzungen/-blutungen, Kopfooperationen ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Durchblutungsstörungen/ Verengungen der Halsgefäße ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Schlaganfall oder kurzzeitige Ausfälle (PRIND, TIA) ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Bekanntes Krampfleiden (Epilepsie) ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Schwindel bei plötzlichen Kopfbewegungen ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Ausstrahlende Schmerzen/Gefühlsstörungen/ Schwäche in den Armen? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Bluthochdruck/ Herzrhythmusstörungen ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Bekannte Gerinnungsstörungen ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Bekannte Thrombose/ Lungenembolie ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Bekannter Herzinfarkt ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Behandlung mit gerinnungshemmenden Medikamenten ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Erlittene Verletzungen der Wirbelsäule ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Wenn ja, wo ? _____ | | |
| Bekannte Bandscheibenveränderungen/ vorfälle ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Wenn ja, wo ? _____ | | |
| Ausstrahlende Schmerzen/Gefühlstörungen/Schwäche in den Beinen? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Probleme beim Stuhlgang oder Wasserlassen ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Bekannte Osteoporose oder andere Knochenkrankheiten ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Bekanntes Rheumaleiden ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Depressionen oder andere psychiatrische Krankheiten ? | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Wenn ja, welche ? _____ | | |

Bekanntes Tumorleiden / Krebs ? Nein Ja

Sonstige Leiden, welche hier nicht aufgeführt sind ? Nein Ja

Wenn ja, welche ? _____

Waren Sie schon chiropraktischer Behandlung ? Nein Ja

Wenn ja, wo ? _____

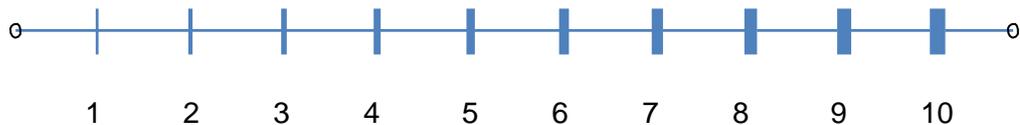
Nebenwirkungen nach einer chiropraktischen Behandlung ? Nein Ja

Wenn ja, welche ? _____

Wurden Sie hinsichtlich ihrer Beschwerden bildgebend untersucht ?

- | | | | |
|-----------------------|-------------|-----------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> | Röntgen | <input type="radio"/> | CT (Computertomographie) |
| <input type="radio"/> | Ultraschall | <input type="radio"/> | MRT (Magnetresonanztomographie) |

Wie hoch stufen Sie Ihren Stresslevel ein ? Bitte zutreffendes einkreisen.



Sonstiges, was Sie uns noch mitteilen möchten ?

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet – über mögliche Risiken beim Fehlen wichtiger Angaben bin ich informiert.

Hildesheim, den _____

Unterschrift Patient/in (Erziehungsberechtigte(r)) _____