

Patientenaufklärung und Aufnahmebogen

Bitte lesen Sie die nachfolgenden Informationen sorgfältig durch. Ihre Angaben können Sie in den Formularfeldern direkt an Ihrem Rechner tätigen. Sollten Sie das Dokument zur Unterschrift nicht selbst ausdrucken können, senden Sie mir bitte ihr ausgefülltes Formular an die oben angegebene E-Mail Adresse, und ich drucke es gerne zu Beginn Ihres ersten Termins in meiner Praxis für Sie aus.



A. Patientenaufklärung

1. Was ist Osteopathie?

Osteopathie ist eine manuelle Form der Untersuchung und Behandlung von schmerzhaften, sowie auch symptomfreien Störungen der Muskeln, Gelenke, Nerven und Organe.

Äußere und innere Einflüsse wie u.a. Schwangerschaft, Geburtsvorgang, psychische und physische Traumata, Operationen, Infektionen, Unfälle und Erkrankungen oder auch einfach einseitige Alltagsbelastungen können zu vermehrter Spannung, Bewegungseinschränkung und Funktionseinschränkung von Geweben führen.

So sind im Aufbau, der Beschaffenheit und der Funktion von Geweben des Körpers diese Einflüsse enthalten. In der osteopathischen Untersuchung werden die Gewebe des Körpers durch Palpation (Ertasten) auf genau diese Eigenschaften untersucht und die gefundenen Einschränkungen behandelt. Das Ziel ist es eine verbesserte Anpassungsfähigkeit des Körpers zu erreichen. Dabei gilt: Solange die Ursache des vorhandenen Problems nicht behoben ist, d.h. wenn es dem Körper nicht gelingt, die vermehrte Gewebespannung aufzulösen oder zu verringern, wird er immer wieder versuchen zu kompensieren. Bei Verlust der Kompensation treten die verschiedensten Beschwerden und Symptome in den Vordergrund und können den Betroffenen bis ins hohe Alter beeinträchtigen.

Osteopathie ist keine Alternative, sondern eine ergänzende Therapie zur Schulmedizin. Sie ist keine Notfallmedizin und auch kein Allheilmittel. Schwerwiegende Erkrankungen wie z.B. Krebs, akute Infektionskrankheiten, schwere psychische Störungen und Tumore gehören stets in die Hand eines Arztes. Hier kann die Osteopathie aber ergänzend hilfreich sein, ein subjektiv gewünschter Erfolg kann jedoch nicht garantiert werden.

2. Risiken der Untersuchungen und Behandlung

Die allgemeinen osteopathischen Behandlungstechniken umfassen vorwiegend direkte oder indirekte Mobilisation, Muskel-Energie-Technik (MET), Neurophysiologische Entspannungstechnik über Positionierung (Strain/Counterstrain), Thrust/Manipulation, weiche Entspannungstechnik (Release), Entspannungstechnik und myofasziale Techniken.

Die Gesetzgebung verpflichtet uns, Sie über sehr seltene, aber mögliche Komplikationen aufzuklären, die auch bei kunstgerechter Anwendung nicht gänzlich ausgeschlossen werden können.

So kann es beispielsweise im Rahmen der Manipulationen an der Halswirbelsäule (sehr selten, unter 0,01%) zu Schädigungen der Halswirbelsäulengefäße (Arteria vertebralis, Arteria carotis) kommen, die zu den Hirn versorgenden Blutgefäßen gehört – insbesondere bei vorgeschädigten Gefäßen. Blutgerinnsel können sich bilden oder lösen, was zu Gehirnschädigungen im Sinne eines Schlaganfalls führen kann.

Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe oder einem bis dahin klinisch stummen Bandscheibenvorfall ist es möglich, dass akute Beschwerden auftreten.

Nach einer Behandlung kann es zu einer kurzzeitigen, vorübergehenden Beschwerdezunahme kommen. Als kurzfristige vorübergehende Reaktionen können auftreten:

- Symptomverschlimmerungen oder Akutwerden einer chronischen Entzündung,
- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, verändertes Kälte-/Wärmeempfinden,
- Veränderungen der Körperauscheidungen und/oder des Menstruationszyklus.

Es ist möglich, dass Techniken ähnlich einer Schmerzpunktbehandlung notwendig sein können. Diese können schmerzhaft sein. Die seltenen Folgen können das Auftreten von blauen Flecken, Hautrötungen und/oder muskelkaterähnliche Schmerzen sein. Diese verschwinden in der Regel innerhalb weniger Tage.

Lisa-Marie Wirth
M.Sc. Osteopathie
Heilpraktikerin

Kaiser-Ruprecht-Str. 7
63755 Alzenau
0176 82041860
info@LisaMarieWirth.de
www.LisaMarieWirth.de

Selbstverständlich werde ich alle Techniken nur in Absprache mit Ihnen durchführen.

Sollten Sie während der Behandlung irgendwelche Beschwerden oder Missempfindungen haben, teilen Sie mir dies bitte sofort mit.

3. Kosten und Abrechnung

Nach Ausübung einer Behandlung bzw. Erbringung der Leistung als Heilpraktiker, erhalten Sie von mir eine sogenannte Heilpraktikerrechnung, in der die tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten einzeln aufgeschlüsselt sind. Die Berechnungspositionen richten sich dabei nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH).

Die für eine Behandlung anfallenden Kosten sind direkt im Anschluss an jede Behandlung zu entrichten. Sie können in bar oder per EC- Karte zahlen.

Ich muss Sie ausdrücklich darauf hinweisen, dass möglicherweise die Erstattung der Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang seitens Ihrer Krankenkasse oder eines sonstigen Kostenträgers gewährleistet ist, mein Anspruch jedoch unabhängig von der Erstattung durch Dritte besteht. Bitte klären Sie bereits im Vorfeld, ob eine Kostenbezuschung oder Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse möglich ist.

4. Terminvereinbarung, Terminabsagen

Vereinbarte Termine sind verbindlich, da die Zeit nur für Sie als Patient reserviert wird. Wird ein Termin nicht spätestens 24 Stunden vor Beginn abgesagt, und kann bei verspäteter Absage kein anderer Patient gefunden werden, der diesen Termin wahrnehmen kann, wird eine Gebühr in Höhe von 40,- € bei Erwachsenen, bzw. 20,- € bei Kindern in Rechnung gestellt. Absagen sind sowohl telefonisch als auch per E-Mail unter den auf der ersten Seite angegebenen Kontaktdaten möglich.

B. Persönliche Angaben

Um den Praxisablauf zu vereinfachen, füllen Sie bitte die folgenden Felder aus. Bitte bringen Sie zur Behandlung vorhandene schulmedizinische Befunde mit. Dankeschön.

1. Persönliche Angaben des Patienten

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
Handy	
E-Mail	
Krankenkasse	
Behandelnder Arzt, Ort	

2. Gesundheitliche Angaben

Welche Medikamente werden zur Zeit eingenommen?	

3. Bekannte Vorerkrankungen

Ja **Nein**

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus | Typ I <input type="checkbox"/> | Typ II <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vorhofflimmern | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina pectoris/ Herzinfarkt | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstige Herzerkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen, wenn ja welche? | <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankungen/ erhöhte Leberwerte | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen/ erhöhte Nierenwerte | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gerinnungsstörungen | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erhöhte Blutfettwerte / Cholesterinwerte | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krampfadern | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkrankungen des Verdauungstrakts | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporose | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheuma | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atemwegserkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nahrungsmittelunverträglichkeiten | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamentenunverträglichkeiten | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurologische Erkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infektionskrankheiten | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergien, wenn ja welche? | <input type="text"/> | |

Ist in Ihrer Familienvorgeschichte eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Ja **Nein**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebserkrankungen |

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt.

C. DATENSCHUTZ

Die Praxis schützt Ihre personenbezogenen Daten und nutzt diese nur im Einklang mit den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Die Praxis hat das Recht, im Rahmen der Zweckbestimmung des Auftrags die ihm anvertrauten personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen zu verarbeiten oder durch Dritte verarbeiten zu lassen.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.

Sie sind mit der Weitergabe Ihrer Daten zur Kommunikation mit anderen, Sie betreuenden Behandlern einverstanden.

Ihnen steht das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

D. ERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, dass ich von meinem Therapeuten in verständlicher Weise umfassend sowohl mündlich als auch schriftlich über die Behandlung aufgeklärt wurde. Es besteht aktuell kein weiterer Klärungs- und Aufklärungsbedarf. Sollte dieser später auftreten, werde ich meinen Therapeuten ansprechen. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen. Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind.

Datum

Unterschrift des Patienten/
Bei Minderjährigen, Unterschrift des Erziehungsberechtigten