

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
Ihre Amerikanische Chiropraktik Landau

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.

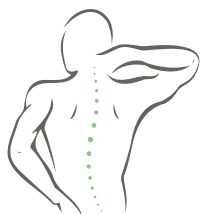
Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Amerikanische Chiropraktik Landau.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben im Patientenfragebogen.

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)



Amerikanische Chiropraktik Landau

Ostbahnstr. 18 | 76829 Landau

Tel: 06341-9604070 | Fax: 06341-9604071

E-Mail: info@chiropraktik-landau.de | Web: www.chiropraktik-landau.de

PATIENTENFRAGEBOGEN KIND

| BITTE FÜLLEN SIE DEN FRAGEBOGEN SORGFÄLTIG AUS

VORNAME DES KINDES

VORNAME DER ELTERN

NACHNAME DES KINDES

NACHNAME DER ELTERN

GEBURTSDATUM DES KINDES

GEBURTSDATUM DER ELTERN

PLZ ORT

STRASSE

TELEFON

E-MAIL

ANZAHL DER GESCHWISTER

MÄNNLICH / WEIBLICH (KIND)

WOHER KENNEN SIE UNSERE PRAXIS?

GESETZLICH VERSICHERT
 PRIVAT VERSICHERT
 ZUSATZVERSICHERUNG

KRANKENVERSICHERUNG (bitte ankreuzen)

GEBURTSGEWICHT

GEBURTSGRÖSSE

AKTUELLES GEWICHT

AKTUELLE GRÖSSE

GEBURTSLAGE

Scheitellage

Steißlage

Querlage

Gesichtslage

GEBURTSART

Vaginalgeburt

Zangengeburt

Kaiserschnitt

Saugglocke

1| PROBLEME WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT:

2| PROBLEME BEI DER EMPFÄNGNIS:

3| WAREN NACH DER GEBURT FOLGENDE ANZEICHEN VORHANDEN?

- Neugeborenenengelbsucht Zyanose Angeborene Anomalien

Wenn ja, bitte erklären: _____

4| ERNÄHRUNG DES KINDES

- Brust Flasche / Produkt: _____

5| WIE VIELE STUNDEN SCHLÄFT DAS KIND NACHTS?

- Stunden: _____
 gut mittel schlecht

6| HEBAMME/ GEBURTSHELFER:

7| KINDER-/ FAMILIENARZT:

8| IMPFUNGEN:

9| WIE OFT HAT DAS KIND ANTIBIOTIKA ERHALTEN?

- in den letzten 6 Monaten: _____ im Laufe des Lebens: _____

10| ENTBINDUNG/ GEBURTSVERLAUF:

11| WURDE DAS KIND JEMALS IN DIE NOTAUFNAHME GEBRACHT?

- Ja, _____ Nein

12| BABY (0 BIS 1 JAHR)

- Kann das Köpfchen nicht halten
- Hat eine Liegeglatze
- Rücken überstreckt sich stark
- Liegt nur auf dem Bauch
- Hat Blähungen/ Koliken
- Schläft nicht durch
- hat keinen regelmäßigen Stuhlgang (weniger als 1x täglich)
- Pofalte ist schief
- zeigt eine deutliche Asymmetrie (Blickrichtung)
- Dreht sich überwiegend in eine Richtung
- Schreit viel (mehr als 3 Std. an drei aufeinanderfolgenden Tagen)
- Schläft schlecht ein
- Schläft kurz und unruhig

13| KLEINKIND (1 BIS 6 JAHRE)

- Hat das Krabbeln ausgelassen
- Hat mit 16 Monaten oder später laufen gelernt
- Hat mit 18 Monaten oder später laufen gelernt
- Lutscht noch am Daumen (noch nach dem 5. Lj)
- Hat Schwierigkeiten auf einem Bein zu hüpfen
- Ängstlichkeit beim Klettern in der Höhe
- Hat Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen (Knöpfe/Schleifen) über das Alter von 6 bis 7 Jahren hinaus
- Allergien? Wenn ja, welche? _____
- Zehenspitzenläufer
- Zeigt außergewöhnliche Reaktionen nach Impfung
- Bettnässen (über das Alter von 5 Jahren hinaus)
- Häufige Ohren- und Naseninfektionen
- Hat Schwierigkeiten beim Fahrradfahren
- Hat Schwierigkeiten beim Ballfangen

14| SCHULKIND (AB 6 JAHRE)

- Leseschwierigkeiten
- Rechenschwierigkeiten
- Wahrnehmungsstörungen
- Trägt eine Zahnspange seit: _____
- Schreibschwierigkeiten
- Konzentrationsmangel
- Probleme im Sportunterricht
- Abschreibeschwierigkeiten
- Unruhe
- Reiseübelkeit

15| HAT DAS KIND WÄHREND DES SPORTS JEMALS EINE VERLETZUNG ERLITTEN?

- Ja, _____ Nein

16| HAT DAS KIND SICH JEMALS BEI EINEM AUTOUNFALL VERLETZT?

- Ja, _____ Nein

17| GRUND DES BESUCHES IN UNSERER PRAXIS:

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

| LITT DAS KIND JEMALS AN FOLGENDEN KRANKHEITEN?

KOPFSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>	SCHNUPFEN/ GRIPPE	<input checked="" type="checkbox"/>
ORTHOPÄDISCHE PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	KOLIKEN	<input checked="" type="checkbox"/>
NACKEN-PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	KNOCHENBRÜCHE	<input checked="" type="checkbox"/>
OHNMACHT / BEWUSSTLOSIGKEIT	<input checked="" type="checkbox"/>	VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN	<input checked="" type="checkbox"/>
ARM / PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	VERDAUUNGSSTÖRUNGEN	<input checked="" type="checkbox"/>
BEIN / PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	MAGENSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>
HERZPROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	RÜCKFLUSS	<input checked="" type="checkbox"/>
GELENK / PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	VERSTOPFUNG	<input checked="" type="checkbox"/>
KRAMPFANFÄLLE	<input checked="" type="checkbox"/>	DURCHFALL	<input checked="" type="checkbox"/>
CHRONISCHE OHRENSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>	DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>
RÜCKENSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>	BLUTHOCHDRUCK	<input checked="" type="checkbox"/>
NASENNEBENHÖHLEN / PROBLEME	<input checked="" type="checkbox"/>	BLUTARMUT / ANÄMIE	<input checked="" type="checkbox"/>
SCHLECHTE KÖRPERHALTUNG	<input checked="" type="checkbox"/>	BETTNÄSSEN	<input checked="" type="checkbox"/>
ASTHMA	<input checked="" type="checkbox"/>	ADS / ADHS	<input checked="" type="checkbox"/>
SKOLIOSE	<input checked="" type="checkbox"/>	RISSE/ BRÜCHE/ HERNIEN	<input checked="" type="checkbox"/>
PROBLEME BEIM LAUFEN	<input checked="" type="checkbox"/>	MUSKELSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>
		WACHSTUMSSCHMERZEN	<input checked="" type="checkbox"/>

ALLERGIE AUF _____

ANDERES _____

OPERATIONEN _____

MEDIKAMENTE _____

UNFÄLLE _____

FAMILIENGESCHICHTE _____

| HAT DAS KIND AN EINER DER FOLGENDEN RÜCKENMARKSTRAUMATA GELITTEN?

STURZ MIT EINER LAUFLERNHILFE	<input checked="" type="checkbox"/>	STURZ VON DER RUTSCHE	<input checked="" type="checkbox"/>
STURZ VON BETT/ COUCH	<input checked="" type="checkbox"/>	STURZ VOM HOCHSTUHL	<input checked="" type="checkbox"/>
STURZ MIT SKATEBOARD/ INLINER	<input checked="" type="checkbox"/>	TREPPENSTURZ	<input checked="" type="checkbox"/>
STURZ VON DER SCHAUKEL	<input checked="" type="checkbox"/>	STURZ VON DER WICKELKOMMODE	<input checked="" type="checkbox"/>
STURZ AUS DEM KINDERBETT	<input checked="" type="checkbox"/>	STURZ VOM KLETTERGERÜST	<input checked="" type="checkbox"/>
FAHRRADSTURZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ANDERE	<input checked="" type="checkbox"/>

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

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)