

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)



MEIER 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)

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

13| KLEINKIND (1 BIS 6 JAHRE)

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

14| SCHULKIND (AB 6 JAHRE)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Leseschwierigkeiten | <input type="radio"/> Schreibschwierigkeiten | <input type="radio"/> Abschreibeschwierigkeiten |
| <input type="radio"/> Rechenschwierigkeiten | <input type="radio"/> Konzentrationsmangel | <input type="radio"/> Unruhe |
| <input type="radio"/> Wahrnehmungsstörungen | <input type="radio"/> Probleme im Sportunterricht | <input type="radio"/> Reiseübelkeit |
| <input type="radio"/> Trägt eine Zahnspange seit: _____ | | |

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

ORTHOPÄDISCHE PROBLEME

NACKEN-PROBLEME

OHNMACHT / BEWUSSTLOSIGKEIT

ARM / PROBLEME

BEIN / PROBLEME

HERZPROBLEME

GELENK / PROBLEME

KRAMPFANFÄLLE

CHRONISCHE OHRENSCHMERZEN

RÜCKENSCHMERZEN

NASENNEBENHÖHLEN / PROBLEME

SCHLECHTE KÖRPERHALTUNG

ASTHMA

SKOLIOSE

PROBLEME BEIM LAUFEN

SCHNUPFEN/ GRIPPE

KOLIKEN

KNOCHENBRÜCHE

VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN

VERDAUUNGSSTÖRUNGEN

MAGENSCHMERZEN

RÜCKFLUSS

VERSTOPFUNG

DURCHFALL

DIABETES

BLUTHOCHDRUCK

BLUTARMUT / ANÄMIE

BETT NÄSSEN

ADS / ADHS

RISSE/ BRÜCHE/ HERNIEN

MUSKELSCHMERZEN

WACHSTUMSSCHMERZEN

ALLERGIE AUF _____

ANDERES _____

OPERATIONEN _____

MEDIKAMENTE _____

UNFÄLLE _____

FAMILIENGESCHICHTE _____

| HAT DAS KIND AN EINER DER FOLGENDEN RÜCKENMARKSTRAUMATA GELITTEN?

STURZ MIT EINER LAUFLERNHILFE

STURZ VON BETT/ COUCH

STURZ MIT SKATEBOARD/ INLINER

STURZ VON DER SCHAUKEL

STURZ AUS DEM KINDERBETT

FAHRRADSTURZ

STURZ VON DER RUTSCHE

STURZ VOM HOCHSTUHL

TREPPENSTURZ

STURZ VON DER WICKELKOMMODE

STURZ VOM KLETTERGERÜST

ANDERE

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

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)