

HINWEISE FÜR PATIENTEN

(Allg. Behandlungsrisiko und Patientenfragebogen)

Liebe Patientin/ Lieber Patient,
ich möchte Sie zunächst herzlich in der Praxis für Chiropraktik ChiroCare 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. Ich bin hier darauf angewiesen, dass Sie mich 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.

Ich biete 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 orientiere ich mich jeweils an den neuesten Erkenntnissen und Techniken aus meinen Fachgebieten und bilde mich ständig fort.

II. Allg. Behandlungsrisiko

Wenn Sie sich - insb. zur Vermeidung von schulmedizinisch indizierten Operationen und Eingriffen - für eine Behandlung in meiner Praxis entscheiden, weise ich Sie darauf hin, dass ich Ihnen trotz Anwendung größtmöglicher Sorgfalt keinen Behandlungserfolg versprechen kann. 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 kann ich 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, mich 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.

Ich muss 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 mir zu erörtern. Vorbelastungen oder Vorerkrankungen müssen Sie mir unbedingt mitteilen, selbst wenn Sie der Meinung sind, dass diese mit der Behandlung der derzeit betroffenen Körperregionen nicht zusammenhängen (Gesamtheitliche Medizin).

III. Nachfolgend möchte ich 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. Ich übernehme daher für eine Erstattung keine Garantie und rate Ihnen, sich ggf. vorab bei der Krankenkasse über die Kostenübernahme zu informieren.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Vertrauen

Ihre

Sarah Gawlick
Praxis für Chiropraktik
ChiroCare

BESTÄTIGUNG DER HINWEISE & 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 Chiropraktik ChiroCare 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 Praxis für Chiropraktik ChiroCare. Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben im Patientenfragebogen.

Ort, Datum

Unterschrift (Bei minderjährigen der gesetzliche Vertreter)

Praxis für Chiropraktik | ChiroCare | Sarah Gawlick

Ostseeallee 12a | 23946 Boltenhagen

+49 160-6550461 | www.chirocare-gawlick.de | info@chirocare-gawlick.de

PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus

Vorname

Nachname

PLZ Ort

Strasse

Telefon

Email

Geburtsdatum

Beruf/ Tätigkeit

Woher kennen Sie diese Praxis?

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Zusatzversicherung

Krankenversicherung

Praxis für Chiropraktik | ChiroCare | Sarah Gawlick

Ostseeallee 12a | 23946 Boltenhagen

+49 160-6550461 | www.chirocare-gawlick.de | info@chirocare-gawlick.de

1. Was ist der Grund ihres Praxisbesuches?

Ich habe keine Beschwerden und 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 auf einer Skala von 1 (sehr gering) bis 10 (maximal vorstellbarer Schmerz)?

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
- Unfall / Operation
- Sonstiges: _____
- Trauer / Schock
- Kummer

6. Wobei fühlen Sie sich im Alltag am stärksten eingeschränkt?

Was fällt Ihnen durch die Beschwerden schwerer?

Welches Hobby/ welche Leidenschaft können Sie durch Ihre Beschwerden nicht mehr so ausüben wie es es gerne täten?

Gibt es Beschwerden, die Sie nicht mit der Wirbelsäule oder dem Bewegungsapparat in Verbindung bringen?

Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden bereits in (fach-) ärztlicher Behandlung bzw. bei Physiotherapie, Massage, Chiropraktik o. Ä.?

ja, bei _____ nein

Die Behandlung war erfolgreich wenig erfolgreich erfolglos

7. Es gab in meinem Leben folgende Ereignisse:

- Unfall
- Operation
- Sonstiges

8. Ich habe folgende Beschwerden:

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

9. Nehmen Sie in regelmäßigen Abständen Medikamente ein, wie z.B. Blutverdünner, Schmerzmittel, Schlaftabletten?

- ja nein

Wenn ja, welche? _____

10. Leiden Sie unter Einschlaf- oder Durchschlafstörungen?

- ja nein

11. Wurden Sie hinsichtlich Ihrer Beschwerden bildgebend untersucht?

- Röntgen CT (Computertomographie)
 MRT (Magnetresonanztomographie) Ultraschall

12. 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 der Erziehungsberechtigte)

Praxis für Chiropraktik | ChiroCare | Sarah Gawlick

Ostseeallee 12a | 23946 Boltenhagen

+49 160-6550461 | www.chirocare-gawlick.de | info@chirocare-gawlick.de