

HINWEISE FÜR PATIENTEN

(Allg. Behandlungsrisiko/ Aufklärung und Patientenfragebogen)

LIEBE PATIENTIN/ LIEBER PATIENT,

wir möchten Sie zunächst herzlich in unserer Praxis für Chiropraktik begrüßen und bedanken uns für das entgegenbrachte Vertrauen. 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 Gegenanzeichen 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 Funktionsstörungen des Nervensystems, der Wirbelsäule und anderer Gelenke. 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 ausgelegt grundsätzlich bestehende 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 völlig 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.

URTEIL DES OBERLANDESGERICHTS STUTTGART (VOM 20.02.1997, ZEICHEN 14 U 44/96)

„Ein Heilbehandler (Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut) darf sich vor chirotherapeutischen Eingriffen nicht auf den Hinweis beschränken, dass es im Anschluss an die Behandlung auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen könne. Vielmehr ist ein durch einen Bandscheibenvorfall vorgeschädigter Patient darüber in Kenntnis zu setzen, dass es auch bei fehlerfreier Durchführung beim Eingriff zu einer Verlagerung von Bandscheibengewebe und in der Folge zu einer spinalen Wurzelkompression kommen kann. Dieser Hinweis ist zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dringend geboten, wenn ein Erfolg durch die Chiropraxis ungewiss ist, dem Heilbeandler bekannt ist, dass es dem Patienten darauf ankommt, eine Bandscheibenoperation zu vermeiden.“

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.

URTEIL DES OBERLANDESGERICHTS DÜSSELDORF (VOM 08.07.1993, ZEICHEN 302/91)

„Über eventuelle Gefahren chiropraktischer Maßnahmen ist aufzuklären. In diesem Urteil wird verlangt, dass der Patient über das Risiko aufgeklärt werden muss, dass es in seltenen Fällen, trotz korrekter Durchführung der Manipulation an der Halswirbelsäule, zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes 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 zusatzversichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut 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.

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 Chiropraxis Galler ein.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine anteilige Ausfallpauschale in Höhe von 25 Euro bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder in Textform per E-Mail oder WhatsApp abgesagt zu haben.

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

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, Haus-Nr. _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

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

Krankenversicherung:

- Gesetzlich: Bitte informieren Sie mich über 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? _____

Chiropraxis Dominik Galler

Martinshof 6 | 83626 Valley | Tel. 0151/20737301 | E-Mail: praxis@chiropraktik-galler.de
www.chiropraktik-galler.de

Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist wichtig, dass wir uns vor Beginn Ihrer Behandlung ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen können.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Waren Sie schon einmal in chiropraktischer Behandlung?

Nein Ja, bei _____ Wann? _____

2. Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

- Vorsorge Beschwerden/ Schmerzen
 Unterstützung der körperlichen/ mentalen Leistungsfähigkeit

3. Sofern Beschwerden/Schmerzen bestehen: Welches Ziel verfolgen Sie?

- Einen nachhaltigen Ansatz der Schmerzlinderung mit anschließender kontinuierlicher Begleitung zur Gesundheitspflege und Leistungsoptimierung.
 Eine rein kurzfristige, symptomorientierte Behandlung

4. Waren Sie damit bereits in Behandlung?

(Arzt / Osteopathie/ Physiotherapie – bitte mit Namen und Zeitraum angeben)

Die Behandlung war: erfolgreich wenig erfolgreich erfolglos

Wie oft waren Sie dort in Behandlung? _____

4. a) Hatten Sie in den letzten 10 Jahren Operationen? b) Wurde das Material entfernt? c) Haben Sie Prothesen?

5. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle? (z.B. Auto, Fahrrad, Sportunfall)

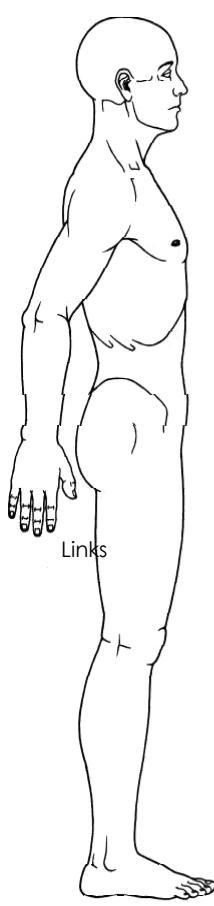
6. Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?

7. Nehmen Sie zurzeit Medikamente (wofür?), Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel oder ähnliches?

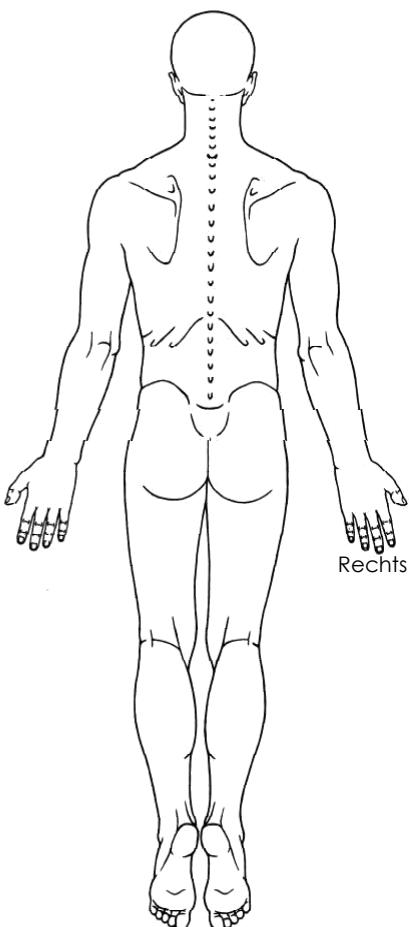
8. Bitte zeichnen Sie in diese Skizzen Ihre Beschwerden ein:

- 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 **|||||**

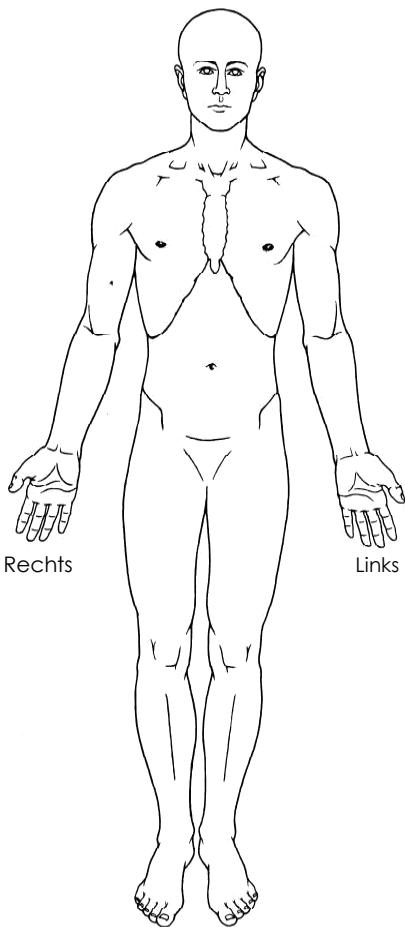
Rechte Seite



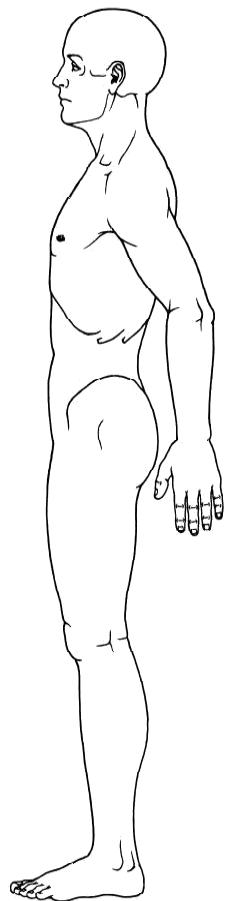
Rückseite



Vorderseite



Linke Seite



Priorität	Beschwerde/n	Seit Wann?	Intensität (1-10)
1			
2			
3			

Intensität von 1 ist gering.

Chiropraxis Dominik Galler

Martinshof 6 | 83626 Valley | Tel. 0151/20737301 | E-Mail: praxis@chiropraktik-galler.de
www.chiropraktik-galler.de

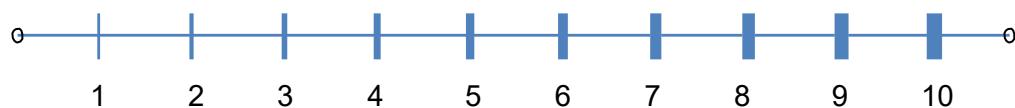
9. Beschreiben Sie Ihre Beschwerden möglichst genau mit Ihren eigenen Worten (bitte einfach freilassen, wenn Sie zur Vorsorge oder Prophylaxe hier sind)

10. Wurden Sie hinsichtlich ihrer Beschwerden bildgebend untersucht?

Röntgen CT (Computertomographie)

Ultraschall MRT (Magnetresonanztomographie)

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



13. Welche Symptome, Veränderungen oder Diagnosen treffen bei Ihnen 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 |
| Kieferprobleme? (Knirschen/ Pressen) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Erlittene Schädelverletzungen/-blutungen, Kopfoperationen? | <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/Gefülsstörungen/ 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?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Sonstige Leiden, welche hier nicht aufgeführt sind?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Wenn ja, welche? _____		

14. Was erwarten Sie von uns und der Chiropraktik? (Kann natürlich auch frei gelassen werden)

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

Valley, den _____

Unterschrift Patient/in (Erziehungsberechtigte(r)) _____

Vielen Dank für Ihre Hilfe und Ihre Geduld