# HINWEISE FÜR PATIENTEN

(Allg. Behandlungsrisiko und Patientenfragebogen)

## LIEBE PATIENTIN/ LIEBER PATIENT,

wir möchten Sie zunächst herzlich in unserer Praxis für Chiropraktik 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 Gegenanzeichen für eine Behandlung erörtern zu können. Wir sind hier darauf angewiesen, dass Sie uns vollständig und korrekt aufklären.

### Chiropraktik/ Manuelle Therapie

Bei der Chiropraktik / Manuellen Therapie 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.

Wir bieten Ihnen die Durchführung von Diagnose- und Therapieverfahren nach der Maitland Methode an. Diese Methode 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.

### 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.

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 Chirotherapie ungewiss ist, dem Heilbehandler 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 betroffeneen 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 zusatz- versichert sind, erhalten Sie eine Rechnung laut GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker). Eine Erstattung der Behandlungs- kosten 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 Praxis für Chiropraktik Raphael Linnemann ein.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich eine **anteilige Ausfallpauschale in Höhe von 35€ 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 Raphael Linnemann.

Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben im Patientenfragebogen.

| | |
|---|---|
| Ort, Datum | Unterschrift<br>(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberächtigten) |

# Patientenfragebogen

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

E-mail: _____

Beruf: _____

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

_____

Krankenversicherung:

- ❍ Gesetzlich: Bitte informieren Sie sich über unsere 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? _____

# 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 ❍ Beratung

**3.** Waren Sie damit bereits in Behandlung? (Arzt / Osteopathie/ Physiotherapie – bitte mit Namen und Zeitraum angeben)

_____

Die Behandlung war: ❍ erfolgreich ❍ wenig erfolgreich ❍ erfolglos

**4. a)** Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und wann ? **b)** Wurde das Material entfernt? **c)** Haben Sie Prothesen?

_____

_____

**5.** Hatten Sie relevante Unfälle? (z.B. Auto, Fahrrad, Sportunfall) Wenn ja, mit welchen Folgen und wann ?

_____

_____

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

_____

**7.** Nehmen Sie zurzeit Medikamente ? Wenn ja, wofür ?

_____

_____

**8.** Wurden Sie hinsichtlich ihrer Beschwerde bildgebend untersucht ?
Wenn ja, wann und gab es einen Befund ?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | Röntgen | ○ | CT (Computertomographie) |
| ○ | Ultraschall | ○ | MRT (Magnetresonanztomographie) |

Befund : _____

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0

Denken Sie, dass Ihre Beschwerde mit Ihrem Stresslevel zu tun hat? ❍ Nein ❍ Ja

## 10. Welche Symptome, Veränderungen oder Diagnosen treffen bei Ihnen/Ihrem Kind zu?

Lesen Sie bitte sorgfältig, antworten Sie wahrheitsgemäß und kontaktieren Sie uns bei eventuellen Unklarheiten

**(Zutreffendes ggf. unterstreichen)**.

| | | |
|---|---|---|
| Schwindel, Sehstörungen, häufig Kopfschmerzen, Migräne? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Hörstörungen oder Ohrgeräusche? ( Tinnitus ) | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Kieferprobleme? (Knirschen/ Pressen) | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Erlittene Schädelverletzungen/-blutungen, Kopfoperationen? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Durchblutungsstörungen/ Verengungen der Halsgefäße? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Schlaganfall oder kurzzeitige Ausfälle ( PRIND, TIA )? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Bekanntes Krampfleiden ( Epilepsie )? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Schwindel bei plötzlichen Kopfbewegungen? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Ausstrahlende Schmerzen/Gefühlsstörungen/ Schwäche in den Armen? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Bluthochdruck/ Herzrhythmusstörungen? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Bekannte Gerinnungsstörungen? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Bekannte Thrombose/ Lungenembolie? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Bekannter Herzinfarkt? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Behandlung mit gerinnungshemmenden Medikamenten? | ❍ Nein | ❍ Ja |
| Erlittene Verletzungen der Wirbelsäule? | ❍ Nein | ❍ Ja |

Wenn ja, wo ? _____

**„ ERLANGE WISSEN ÜBER DIE WIRBELSÄULE, DENN DIES IST DER SCHLÜSSEL FÜR VIELE KRANKHEITEN."**

Bekannte Bandscheibenveränderungen/ vorfälle? ❍ Nein ❍ Ja

Wenn ja, wo ? _____

Ausstrahlende Schmerzen/Gefühlstörungen/Schwäche in den Beinen? ❍ Nein ❍ Ja

Probleme beim Stuhlgang oder Wasserlassen? ❍ Nein ❍ Ja

Bekannte Osteoporose oder andere Knochenkrankheiten? ❍ Nein ❍ Ja

Bekanntes Rheumaleiden? ❍ Nein ❍ Ja

Depressionen oder andere psychiatrische Krankheiten? ❍ Nein ❍ Ja

Wenn ja, welche? _____

Bekanntes Tumorleiden / Krebs? ❍ Nein ❍ Ja

Sonstige Leiden, welche hier nicht aufgeführt sind? ❍ Nein ❍ Ja

Wenn ja, welche? _____

**11.** Sonstiges, was Sie uns noch mitteilen möchten?

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

Hildesheim, den _____

Unterschrift Patient/in (Erziehungsberechtigte(r) ) _____

Vielen Dank für Ihre Hilfe, wir freuen uns auf Sie. ☺