

Patientenaufnahmebogen

Herzlich Willkommen in meiner Praxis für Akupunktur.
Zum Anlegen Ihrer Patientenakte bitte ich Sie, den Patientenaufnahmebogen auszufüllen.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Ort _____

Festnetz _____ Mobil _____

Email _____

Krankenkasse _____

Private Zusatzversicherung? nein ja = _____

Beruf/Tätigkeit _____

Leiden Sie unter einer der folgenden Vorerkrankungen?

Bitte ankreuzen:

- Herz/Kreislaufkrankungen
- Bluthochdruck
- Asthma
- Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung COPD
- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Blutgerinnungsstörung
- Rheuma
- Autoimmunerkrankung
- Magen-/Darmerkrankung
- Krebserkrankungen
- Epilepsie
- Psychische Erkrankungen
- Depression
- Sonstige: _____

Sind Sie schon mal operiert worden? Wenn ja, woran und wann?

Liegt eine Schwangerschaft vor? nein ja

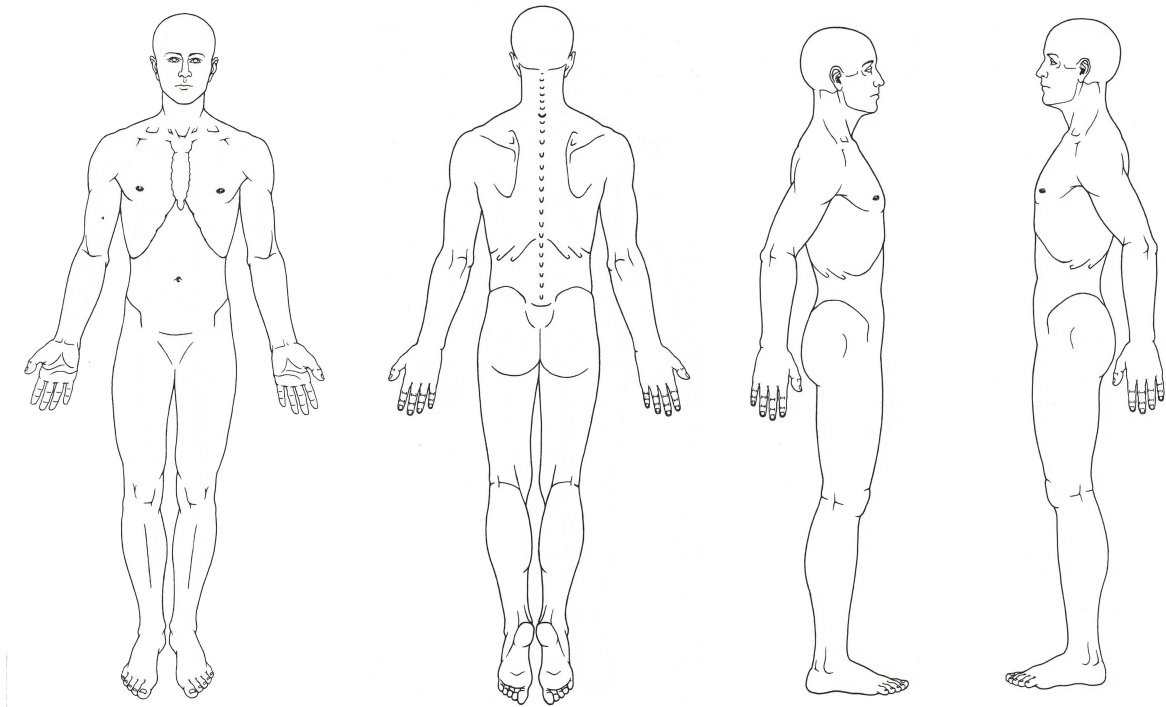
Leiden Sie unter Allergien / Unverträglichkeiten?

Falls ja, unter welchen?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Was ist Ihr aktuelles Problem und seit wann besteht es?

Sollten Sie Schmerzen haben markieren Sie bitte den Ort Ihrer Schmerzen auf der abgebildeten menschlichen Figur:



Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Eine letzte Frage noch: Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Akupunktur-Patientenaufklärung

Bei der Akupunktur sucht der Behandler die ausgewählten Akupunkturpunkte aus und setzt die Nadeln.

Durch Drehen der Nadel kann diese stimuliert werden.

Auch durch das Erwärmen der Akupunkturnadeln (Moxibustion) oder das Anlegen von Strom an die Nadeln kann eine Stimulation der Akupunkturpunkte erreicht werden.

Behandlungsalternativen der Schulmedizin wurden besprochen.

Die Vor- und Nachteile, ihre unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Erfolgsaussichten wurden erläutert.

Folgende Risiken und mögliche Komplikationen wurden ausführlich erläutert:

Vegetative Nebenwirkungen

Herzschlagunregelmäßigkeiten, Blutdruckschwankungen, Übelkeit, Schwitzen, Benommenheit, Durchfälle, Kälteschauer.

Psychotrope Wirkungen

z.B. Wut, Unruhe, Trauer, Angst.

Örtliche Infektionen

An der Einstichstelle kann eine örtliche Infektion in seltenen Fällen vorkommen, ist wirklich sehr selten, da Einwegnadeln verwendet werden.

Schmerzen

Wenn sich der Patient bewegt, sich anspannt oder durch Nadelmanipulation.

Örtliche Blutergüsse

Durch das Treffen von Blutgefäßen kann es zum Bluterguss kommen. Dieser ist jedoch harmlos und verschwindet nach einigen Tagen wieder.

Nervenschmerzen

Als mögliche Folge der Nadelung durch mechanische Irritation von Nerven, die in der Nähe von Akupunkturpunkten liegen.

Sie können in manchen Fällen Tage bis Wochen andauern.

Auch Taubheitsempfindungen können mal auftreten.

Pneumothorax

Bei Nadelung im Brustkorbbereich kann es in seltenen Fällen zum Verletzen der Hülle, welche die Lunge umgibt, kommen. Dies macht sich durch Schmerzen, Hustenreiz und gegebenenfalls durch Luftnot bemerkbar.

Allergie oder Überempfindlichkeit

Auf Desinfektionsmittel oder Latex kann vorkommen. Das zeigt sich durch Rötung, Schwellung und Juckreiz an der Haut.

Haut-/Gewebe-/Nervenschäden

Z.B. durch Strom sind selten, können aber unter Umständen dauerhafte Folgen haben: Schmerzen, Entzündung, Absterben von Gewebe, Funktionsstörungen und Lähmungen.

Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem was Ihnen wichtig oder noch unklar ist.

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Über die geplante Akupunkturbehandlung, Behandlungsalternativen, Risiken und mögliche Komplikationen sowie Erfolgsaussichten wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit Frau Dr. Langendorf ausführlich informiert. Alle mir wichtig erscheinenden Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich habe keinen weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert, benötige keine weitere Bedenkzeit und willige in die vorgesehene Akupunkturbehandlung ein.

Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin/Patient

Dr. med. Yvonne Langendorf

Behandlungsvertrag

Ich möchte Sie darüber informieren, dass Sie unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner mit mir sind.

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und ist im Anschluss an die Behandlung fällig.

Die Kombinationen der Behandlungsmaßnahmen werden individuell auf ihr Beschwerdebild angepasst.

Einige private Krankenkassen haben hierzu eigene Richtlinien, die dazu führen, dass manchmal nicht alle Leistungen in voller Höhe übernommen werden.
Ich behalte mir, vor an einem Tag zu beraten, zu untersuchen und mit Akupunktur zu behandeln.

Meine Akupunkturpraxis ist eine reine Bestellpraxis.

Termine, die nicht 24 Stunden vorher telefonisch abgesagt werden, müssen mit einer Ausfallpauschale in Höhe von 50.- Euro in Rechnung gestellt werden.

Hiermit bestätige ich

den Behandlungsvertrag gelesen und verstanden zu haben.

Die Vertragsbedingungen erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

_____._____._____.
Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung

Unter Beachtung der am 25.05.2018 in Kraft getretenen Datenschutz-Grundverordnung möchte ich Sie über folgende Punkte aufklären.

Die Daten, die ich über Sie erhebe, werden elektronisch gespeichert.

Verantwortlich hierfür und daher auch ihr Ansprechpartner ist Frau Dr. med. Yvonne Langendorf.

Alle Mitarbeiter, die Zugang zu Ihren Daten haben, haben eine Verschwiegenheitserklärung abgegeben.

Weitere Einzelheiten enthält die Anlage zur Datenschutzerklärung die Ihnen in schriftlicher Form auf Verlangen vorgelegt wird.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erteile ich

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Meine Einwilligung zu folgenden datenschutzrelevanten Sachverhalten:

- Ihre Daten werden für die Rechnung lokal gespeichert
- Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis (Im Bachgrund 4a) verarbeitet und das Personal hat Zugang dazu und bearbeitet diese
- Die Praxismitarbeiter verwenden Ihre Daten zur Kontaktaufnahme per Telefon, E-Mail oder SMS.
- Es werden Ihre Daten verwendet um über Email, SMS, oder Telefon Terminerinnerungen senden zu können,
- Ich gestatte, dass ich mit meinem Namen angesprochen werden darf

Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Mir ist auch bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, dieser Erklärung zuzustimmen.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------