

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name..... Vorname..... Geb.-Datum.....

Straße....., Hausnr....., Postleitzahl....., Wohnort.....

Tel. (möglichst Handy)..... E-Mail

Beruf Hausarzt..... Gewicht Größe

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein **Wenn ja, welche (z.B. Blutverdünner):**

Orthopädische Operationen? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Hepat./HIV,o. andere meldepflichtige |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus/insulinpflichtig! |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Depression/behandlungsbedürftig | <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Andere _____ |

Patientenaufklärung manuelle Medizin:

Eine Vielzahl von orthopädischen Krankheitsbildern lässt sich gut durch eine manualtherapeutische Mobilisation oder Manipulation behandeln. Ich bin juristisch verpflichtet, Sie über seltene aber mögliche Komplikationen aufzuklären. Hierbei ist auch die vollständige Information über Vorerkrankungen oder chronische Erkrankungen im o.a. Fragebogen wichtig. So kann trotz sachgemäßer Durchführung einer manualtherapeutischen Behandlung an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ein bisher klinisch stummer Bandscheibenvorfall symptomatisch werden. Mögliche Symptome sind Kribbeln, Taubheitsgefühl oder Muskellähmungen an Armen oder Beinen. Dies kann in seltenen Fällen auch eine Operation notwendig machen. Zudem kann eine Behandlung an der Halswirbelsäule in seltenen Fällen zu einer Gefäßverletzung der hirnversorgenden Gefäße (Schlaganfall) kommen. Des Weiteren kann ein Wirbelkörper durch eine Behandlung bei bisher nicht diagnostizierter Osteoporose oder bei Metastasenbefall brechen. Es gibt jedoch stets Behandlungsalternativen, wenn eine manualmedizinische Manipulation nicht in Frage kommt. Viele Blockierungen lösen sich unter Schmerztherapie oder durch lokale Injektionen sowie durch osteopathische Weichteiltechniken.

Sollte eine manualmedizinische Behandlung in Frage kommen, werde ich Sie zuvor nochmals mündlich über das Vorgehen aufklären und Fragen beantworten.

Bitte Rückseite lesen und unterschreiben!!!!!!!!!!!!!!

Patientenaufklärung Gelenkinjektionen und Infiltrationen

Ein akuter Schmerzzustand oder ein symptomatischer Verschleiß großer und kleiner Gelenke kann mitunter effektiv mit einer gezielten Gelenkinjektion mit Schmerzmitteln, entzündungshemmenden Substanzen oder Hyaluronsäure behandelt werden. Mitunter ist es auch notwendig einen Erguss in einem Gelenk aus diagnostischen und oder therapeutischen Gründen zu entlasten.

Risiken und Nebenwirkungen:

Es kann trotz Einhaltung sämtlicher Sterilitätskriterien zur Infektion des jeweiligen Gelenkes oder der umgebenden Weichteile kommen.

Weitere Risiken: Blutungen, Hämatome, Gefäß- und Nervenverletzungen, Allergie, Schock, Thrombose. Besonders Menschen mit geschwächter Abwehr (Immunsuppression, ausgeprägter Diabetes mellitus, Immundefektsyndrom) haben hierfür ein erhöhtes Risiko. Ein Gelenkinfekt oder Infekt der umgebenden Weichteile kann unter Umständen dazu führen, dass der Infektherd chirurgisch saniert werden muss.

Sollten sie also nach einer Injektion/Infiltration plötzlich eine massive Schmerzsymptomatik, Rötung, Schwellung, Fieber oder Schüttelfrost entwickeln, bitten wir Sie umgehend mit uns Kontakt aufzunehmen oder sich im nächsten Krankenhaus vorzustellen.

Röntgenaufnahme

Sollte eine Röntgenaufnahme med. notwendig sein, erkläre ich mich hiermit einverstanden.

ja nein

Datenschutz

Hiermit erlaube ich die Ausgabe an Familienmitglieder von med. Dokumenten (z. B. Rezepten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Befunden etc.).

ja nein

Recall-Service

Zur Terminerinnerung verwenden wir E-Mail, SMS und/oder Telefon, damit erkläre ich mich einverstanden.

ja nein

Patientenerklärung

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die Aufklärung zu den Themen „Manuelle Medizin“ und „Gelenkinjektionen/Infiltrationen“, „Datenschutz“, „Recall-Service“ und "Röntgen“ gelesen und verstanden habe.

Bei Unklarheiten oder Fragen werde ich den behandelnden Arzt ansprechen.

.....

Datum

Unterschrift