

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Zur individuellen, optimalen und sicheren Planung Ihrer Behandlung sind wir auf einige Informationen angewiesen. Daher möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt, sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (s. Datenschutzerklärung!).

Name: _____ Größe: _____ cm Hausarzt: _____

Geb.-Datum: _____ Gewicht: _____ kg Beruf: _____

☐ Rauchen Sie? ☐ Besteht eine Schwangerschaft?**1. Liegen bei Ihnen Vorerkrankungen vor?**☐ Bluthochdruck (Hypertonie) ☐ Herzkrankheit ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Herzinfarkt, wann?☐ Träger eines Herzschrittmachers?☐ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ☐ insulinpflichtig☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Überfunktion? ☐ Unterfunktion?☐ Rheuma ☐ chronische Polyarthritis ☐ Psoriasis (Schuppenflechte) ☐ M. Bechterew ☐ Osteoporose☐ Gicht/Harnsäureerhöhung☐ Polyneuropathie ☐ Apoplex (Schlaganfall) ☐ Epilepsie ☐ Multiple Sklerose☐ Depression ☐ Angstzustände ☐ andere psychische Erkrankungen _____☐ chronische Bronchitis ☐ Asthma bronchiale☐ Magenerkrankungen _____☐ Darmerkrankungen _____☐ Lebererkrankungen _____☐ Nierenerkrankungen _____☐ Durchblutungsstörungen, wo? _____☐ Glaukom (Grüner Star)Infektionskrankheiten: ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ HIV

Sonstige Erkrankungen: _____

2. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? ☐ nein ☐ ja☐ ASS 100/300 ☐ Clopidogrel® ☐ Marcumar® ☐ Eliquis® ☐ Xarelto® ☐ Pradaxa® ☐ Andere**3. Welche Schmerz-Medikamente nehmen Sie ein?**

4. Nehmen Sie noch weitere Medikamente ein? _____**5. Sind bei Ihnen Allergien bekannt (auch gegen Medikamente)?** ☐ nein ☐ ja

welche? _____

6. Haben Sie derzeit eine akute Infektion oder Entzündung? ☐ nein ☐ ja

(z. B. grippaler Infekt, Haut- und Gelenkentzündung) _____

Ich erlaube, dass auf mich bezogene Daten an weitere Leistungserbringer (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Labore, Therapeuten) übermittelt oder eingeholt werden dürfen.

Hierfür entbinde ich Sie gegenüber diesen Personen von der Schweigepflicht. Diese Erlaubnis gebe ich freiwillig und kann Sie jederzeit widerrufen.

Unterschrift _____

Aufklärung über diagnostisch-therapeutische Verfahren

Wegen Ihrer Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates können verschiedene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen erforderlich sein. Diese werden in den nachfolgenden Hinweisen orientierend beschrieben. Bitte lesen Sie sich diese sorgfältig durch.

- Punktion:** Durch eine Nadel bzw. Spritze können Flüssigkeiten aus Körperhöhlen (z. B. Gelenke) und sonstige Hohlräume (z. B. Zyste, Schleimbeutel) gewonnen und ggf. untersucht werden.
Risiken: Infektion, Nachblutung, Bluterguss, Schmerzverstärkung.
- Injektion:** Mit Hilfe einer Spritze wird ein Medikament in den Körper gebracht.
Risiken: Allergie/Unverträglichkeit auf das Medikament, Infektion, Nachblutung, Bluterguss, Schmerzverstärkung, Kreislaufschwäche.
- Chirotherapie:** Es handelt sich um eine gezielte Mobilisation oder Manipulation (Handgriff mit schnellem Impuls und geringem Kraftaufwand) an einem Gelenk der Wirbelsäule oder der Extremitäten.
Risiken: Schmerzverstärkung, Schwindel, Kopfschmerz, Kreislaufschwäche.
- Blutentnahme/
Infusion:** Die Blutentnahme erfolgt über einen kleinen Stich in die Vene. Die Kanüle kann auch belassen werden, um eine Infusion (Tropflösung) anzulegen.
Risiken: Bluterguss, Nachblutung, Infektion, Schmerzen, Allergie/Unverträglichkeit auf ein Medikament, Venenreizung/- Entzündung, Kreislaufschwäche, Nervenreizungen.
- Röntgen:** Röntgenaufnahmen werden zur Beurteilung des Skelettsystems angefertigt. Die damit verbundene Strahlenbelastung ist sehr gering, da wir mit einer modernen digitalen Röntgenanlage arbeiten.
- Akupunktur:** Durch das Einbringen einer sehr dünnen Nadel wird der Energiefluss im Körper angeregt und reguliert, wodurch sich Blockaden und Störungen auflösen können.
Risiken: Beschwerdeverstärkung, überstarke Kreislaufreaktion, Nachblutung, Bluterguss.
- Physikaltherapie:** Hierunter verstehen wir Therapieanwendungen mit Ultraschall, Strom, Magnetfeld, Laser oder Stoßwelle. Risiken: Schmerzverstärkung, Hautrötung, Bluterguss, überstarke Wärmeempfindung.

Einverständniserklärung

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend informiert und willige hiermit in die geplante(n) Maßnahme(n)/Untersuchung(en) ein.

Name:

Geburtsdatum:

Ort/Datum:

Unterschrift: Patient/Erziehungsberechtigter: