

Patienten-Anmeldung

Name des Patienten	Vorname	geboren am
Straße, Hausnummer		Telefon (Festnetz)
Postleitzahl, Wohnort		Mobil-Telefon
Beruf		E-Mail-Adresse
Krankenversicherung (Name)		Sie kommen auf Empfehlung von
Abweichender Rechnungsempfänger bzw. Rechnungsanschrift		
Mitbehandelnde Ärzte, Zahnärzte, Therapeuten		

Rechtlich notwendige Aufklärung - bitte aufmerksam lesen!

Injektionen

Bei Injektionen in Weichteile oder an Nervenwurzeln kann es zu Abszessbildungen, Blutergüssen, allergischen Reaktionen bis hin zum allergischen Schock oder sekundären Nervenschädigungen kommen. Bei Spritzen ins Gelenk kann es zu einer Gelenkentzündung (Empyem) mit Schwellung, Rötung, Schmerz und ggf. Fieber kommen. Folgen können Gelenksteife, die notwendige Teilresektion einer Extremität oder Blutvergiftung sein. Sollte es zu den oben genannten oder anderen Symptomen kommen, sollten Sie unverzüglich meine Praxis oder bei Nichterreichbarkeit (z.B. Wochenenden) das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen. Bei der Infusionstherapie sind ebenfalls allergische Reaktionen, wie z.B. Juckreiz oder Hautausschlag, möglich.

Chirotherapie

Bei der chiropraktischen Behandlung der Halswirbelsäule ist eine Verletzung der hirnversorgenden Blutgefäße möglich oder es könnte ein asymptomatischer Bandscheibenvorfall aktiviert werden. Dies gilt auch für entsprechende Therapien an der Brust- und Lendenwirbelsäule. Die Gefahr solcher Zwischenfälle ist sehr gering, aber möglich. Ich muss darauf hinweisen, dass für andere spezielle Eingriffe, wie z.B. schmerztherapeutische Behandlungen eine gesonderte Einverständniserklärung zu unterschreiben ist - dies ist aus versicherungstechnischen Gründen notwendig!

Homöopathie

Bei der Verabreichung bzw. Einnahme von homöopathischen Einzelmitteln kann es zu Beschwerden kommen. Hierbei handelt es sich meist um positive Reaktionen des Organismus auf die Verabreichung der Arznei. Melden Sie sich bitte, falls Sie körperliche oder psychische Symptome haben. Nur der Fachmann bzw. der Verordner des Mittels kann feststellen, ob es sich um eine derartige positive Heilreaktion handelt. Darüber hinaus teilen Sie mir bitte auch sonstige Veränderungen während einer homöopathischen Konstitutionsbehandlung mit.

Diese Anmerkungen sollen zur Aufklärung beitragen. Natürlich setzen wir alles daran, die Rahmenbedingungen zu optimieren, dass die oben beschriebenen Risiken auf ein Minimum beschränkt sind.

Ich habe den oben stehenden Text gelesen, verstanden und erteile meine Zustimmung zur Behandlung und Rechnungsstellung durch den Heilpraktiker.

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten (bzw. des / der Erziehungsberechtigten)
Ich verweigere meine Zustimmung zu folgenden Therapie-Maßnahmen	

Anamnese-Bogen

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Vielen Dank!

Sollten Sie eine Aufstellung Ihrer Krankheitsgeschichte vorbereitet haben, so verweisen Sie bitte darauf.

1. Welche Beschwerden haben Sie? (Wo? Seit wann? Auslöser?) Auf einer Schmerzskala: 1 (schwach) bis 10 (stark):

2. Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt? (Medikamente, Therapien, Diagnoseverfahren etc.)

3. Haben Sie weitere Beschwerden, die derzeit nicht so akut sind? Wo sind diese und wann treten sie auf?

4. Nennen Sie bitte **alle** Operationen (orthopädisch, internistisch, Zähne - auch Blinddarm etc.).

5. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? (Bluter, Herzleiden, Diabetes, Allergien, ansteckende Krankheiten)

6. Haben Sie Probleme mit den Zähnen/Kiefergelenk? (Nächtliches Knirschen, Weisheitszähne etc.)

7. Nehmen Sie hin und wieder Medikamente? Bei welchen Beschwerden ist das nötig?

8. Nennen Sie bitte alle bisherigen schwerwiegenden Erkrankungen / Verletzungen!

9. Kreuzen Sie an, wo Sie außerdem gelegentlich Befindlichkeitsstörungen haben!

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Speiseröhre | <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Hoden | <input type="checkbox"/> Gefäß-System |
| <input type="checkbox"/> Ohren | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Milz | <input type="checkbox"/> Ovarien | <input type="checkbox"/> Lymph-System |
| <input type="checkbox"/> Nase | <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Pankreas | <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Uterus | <input type="checkbox"/> Blut / Gerinnung |
| <input type="checkbox"/> Mund | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Blase | <input type="checkbox"/> Gelenke | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Darmtrakt | <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Muskeln | <input type="checkbox"/> _____ |