

PATIENTENAUFKLÄRUNG CHIROPRAKTIK

(Allg. Behandlungsrisiko, Datenschutz und Patientenfragebogen)

Liebe Patientin / Lieber Patient,

Herzlich willkommen in unserer Praxis für Chiropraktik und alternative Medizin. Um sich selbstbestimmt für eine chiropraktische Behandlung entscheiden zu können informieren wir Sie vorab über typische Risiken einer Behandlung und evtl. Behandlungsalternativen. Der Fragebogen und auch die Anamnese/Untersuchung dienen einer Einschätzung Ihrer Beschwerden. Grundsätzliche Gegenanzeigen und Risiken für eine Behandlung sollen erörtert und ausgeschlossen werden, bitte geben Sie korrekt und vollständig Auskunft. Dieser Patientenaufklärungs- und Fragebogen dient der Vorbereitung auf den ersten Behandlungstermin.

Unsere Anamnese/Untersuchung findet allgemein orientierend statt und ersetzt keine Fachärztliche Untersuchung. Bitte bringen Sie relevante Vorberichte und Befunde mit zum Termin.

Was ist Chiropraktik?

Chiropraktik ist eine Therapiemethode zur Behandlung von Funktionsstörungen der Wirbelsäule und anderer Gelenke des Körpers. Es sollen sog. Blockaden/Subluxationen (Verschiebung zweier Gelenkenden zueinander, die mit Bewegungs- u.o. Funktionseinschränkung einhergeht) manuell behandelt und gelöst werden. Die natürliche Position der Gelenke soll wieder hergestellt werden, um die schädlichen Auswirkungen der Subluxation wegzunehmen. Hierbei arbeiten wir individuell und möglichst sanft nach der Methode der sog. amerikanischen Chiropraktik mit den Techniken Full Spine, Thompson Technik und CIT - Chiropraktik Instrument Technik.

Die Chiropraktik versteht sich nicht als alleinige Behandlungsmethode. Es kommen zur Behandlung von Wirbelsäulenstörungen noch andere Methoden in Frage, die mit Chiropraktik auch sinnvoll kombiniert werden können: z.B.. Krankengymnastik, physikalische Therapie, Massage, ärztliche Behandlung und orthopädische Hilfsmittel.

Allg. Behandlungsrisiko

Wir verwenden in unserer Praxis sanfte Diagnose und Behandlungstechniken, wir möchten Risiken auf ein Mindestmaß reduzieren. Dennoch sind wir vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, über mögliche Gefahren von Chiropraktik hinzuweisen.

Wir weisen Sie also darauf hin, dass wir Ihnen im Behandlungsfall trotz Anwendung größtmöglicher Sorgfalt keinen Behandlungserfolg versprechen können und auch nicht alle Risiken ausschließen können. Nach einer Behandlung kann es in Einzelfällen auch zu einer Verschlechterung der Beschwerden kommen. In diesem Fall sprechen Sie uns bitte an.

Bei Behandlung von Beschwerden der Bandscheiben kann es laut Oberlandesgericht (s.u.) selbst bei fehlerfreier Durchführung der Behandlung zu einer Verlagerung des Bandscheibengewebes bis hin zur Folge einer spinalen Wurzelkompression kommen.

Nach aktuellem Kenntnisstand der Wissenschaft gibt es keinen Hinweis darauf, dass eine korrekt durchgeführte chiropraktische Behandlung eine Bandscheibenschädigung hervorrufen kann. Bei einer schon bestehenden Bandscheibenvorwölbung/Vorfall kann es jedoch in seltenen Fällen zu

einer Verlagerung von Bandscheibengewebe mit der Folge einer spinalen Wurzelkompression kommen. Dies kann in solchen Fällen auch durch Alltagsbewegungen ausgelöst werden.

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.“

Zur Versicherung und den Kosten

Privatversicherte erhalten eine Rechnung, die sich am GebÜH orientiert. Hier weichen dann die Beträge von den ausgeschriebenen Beträgen ab.

Die vollständige oder teilweise Erstattung bei Privat- und Zusatzversicherten erfolgt in Höhe des abgeschlossenen Vertrages, den Sie mit der Versicherung abgeschlossen haben.

Wir übernehmen keine Garantie für die Erstattung durch Ihre Versicherung, informieren Sie sich ggf. vorab bei Ihrer Versicherung.

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 von Ärzten vorgeschlagene Maßnahmen (Operationen/Behandlungen) abgelehnt/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 Fabian Engelhard ein.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich bei Nichterscheinen zu einem vereinbarten Termin oder bei Absage innerhalb 24 Stunden vor Termin die vollen Behandlungskosten bezahle, sofern kein Ersatz für den kurzfristig abgesagten Termin gefunden werden kann.

Ich sehe mich im Stande, die anfallenden Kosten bzw. das Praxishonorar selbst zu bezahlen und bin unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner der Praxis für Chiropraktik Fabian Engelhard. Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben im Patientenfragebogen.

Vor- und Nachname

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Hiermit erteile ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers Fabian Engelhard, Praxis für amerikanische Chiropraktik, Weiherstrasse 10, 76437 Rastatt.

Hiermit bestätige ich:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrundeliegenden Behandlungsvertrages erforderlich sind. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.

Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir dadurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen. Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen bitte Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: Praxis Fabian Engelhard, Weiherstrasse 10, 76437 Rastatt

Patientenfragebogen

Name:

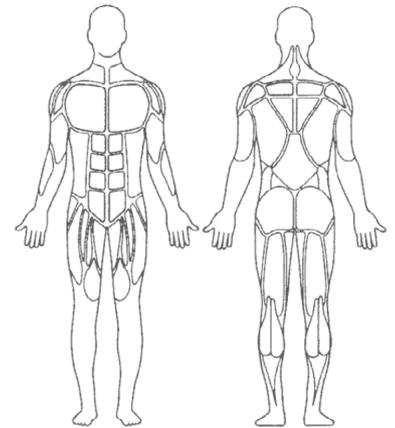
Adresse:

e-Mail:

Krankenversicherung gesetzlich / privat:

Medikamente:

Warum sind Sie heute in meiner Praxis und seit wann haben Sie die Beschwerden?



Bitte die Fragen nach bestem Wissen ankreuzen wenn positiv:

- Schwindel, Migräne, Sehstörungen
- Hörstörungen / Tinnitus
- Kopf-OP, Schädelverletzungen/Blutungen
- Verengung der Halsgefäße
- Schlaganfall - kurzzeitige Ausfälle
- Epilepsie
- Ausstrahlende Schmerzen / Schwäche / Gefühlsstörungen in Arme oder Beine
- Herzrhythmusstörungen oder Bluthochdruck
- Gerinnungsstörungen
- Thrombose / Lungenembolie
- Herzinfarkt
- Operation oder Verletzungen der Wirbelsäule
- Bandscheibenveränderungen
- Stuhlgang / Wasserlassen
- Osteoporose oder andere Knochenkrankheiten
- Rheuma
- Bindegewebsschwäche
- Krebs
- Hatten Sie kürzlich einen Unfall
- Hatten Sie schonmal Chiropraktik? Nebenwirkungen?