

Patientenfragebogen / Erstuntersuchung
Einverständniserklärung Datenschutz
(bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Gütersloh,

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ + Ort: _____

Wir möchten Sie gern mit höchster Qualität in unserem Fachgebiet behandeln. Wie bitten Sie daher um Mithilfe bei der vollständigen Erfassung von wichtigen Diagnosen, die bei Ihrer Therapie in unserer Praxis von Bedeutung ein könnten!

Berufliche Tätigkeit: _____ Email privat: _____

Telefon dienstlich: _____ Telefon privat: _____

Hausarzt: _____ Überweisender Arzt: _____

Ich bin damit einverstanden, dass ich vom Orthopaedicum Informationen zur Terminplanung und/oder Änderungen in der Therapie per SMS erhalte ja nein

Soll der Hausarzt einen schriftlichen Bericht über die hier erhobenen Befunde und die Behandlung erhalten? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

0 Allergie Nickel Pflaster Latex Sonstige? _____ Ja

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente wie Marcumar ASS Lixiana andere? _____ Ja

Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein?

Wenn Sie an einer der folgenden Erkrankungen unseres Fachgebietes leiden, so kreuzen Sie dieses bitte an:

1. Infektionskrankheiten (z. B. AIDS, Hepatitis etc.) Welche? _____ Ja
2. Krebserkrankung, Welche? _____ Ja
3. Hatten Sie eine schwere Komplikation bei einem chirurgischen oder medizinischen Eingriff? _____ Ja
Welche? _____
4. Organtransplantation? Welcher Art? _____ Ja
5. Osteoporose? Hatten Sie Osteoporose-bedingte Knochenbrüche? Wo? _____
Ja
6. Wirbelbruch? Halswirbel? Brustwirbel? Lendenwirbel? Höhe? _____ Ja
7. Schwerwiegende Erkrankung der Blutbildung oder Gerinnung? Welche? _____ Ja
8. Wirbelkanaleinengung (Spinalkanalstenose) Halswirbelsäule / Lendenwirbelsäule: wo? _____ Ja
9. Bandscheibenerkrankungen mit Einengung der Nervenaustrittspunkte? Welche Höhe? _____ Ja
10. Multiple Sklerose (MS)? _____ Ja
11. Rheumatoide Arthritis (chronische Polyarthritis)? _____ Ja
12. Psoriasisarthritis (Gelenkentzündung bei Schuppenflechte/Psoriasis)? _____ Ja
13. Polymyalgia rheumatica (entzündliches Weichteilrheuma)? _____ Ja
14. Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans / axiale / periphere Spondyloarthritis)? _____ Ja
15. Niereninsuffizienz (Leistungsschwäche der Niere) _____ Ja
16. Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa) welche? _____ Ja
17. Hüftdysplasie (angeborene Fehlstellung des Hüftgelenkes) _____ Ja

18. **Ausgeprägte schwere Lähmungen** an Armen oder Beinen? (Paresen/Paralyse)? Wo? _____ Ja
19. **Morbus Parkinson? Essenzieller Tremor? Restless legs-Syndrom?** Welche? _____ Ja
20. **Unfallbedingte (Teil-) Amputation** eines Armes oder Beines? Höhe? _____ Ja
21. **Blutzuckererkrankung** (Diabetes mellitus)? Ja
- 21 b) Ist die Blutzuckererkrankung **insulinpflichtig**? Ja
22. **Schilddrüsenerkrankung?** Welche? _____ Ja
23. **Bluthochdruck** (arterielle Hypertonie) _____ Ja
24. **Epilepsie?** Wenn bekannt, welcher Typ? _____ Ja
25. **Herzrhythmusstörung?** _____ Ja
26. **Lungenkrankheit?** a) Asthma, b) Emphysem, c) COPD, Welche? _____ Ja
27. **Sonstige Erkrankungen?** _____ Ja

Einverständnis zur Erhebung und Weitergabe meiner Patientendaten im Orthopaedicum Gütersloh

Ich erkläre mich mit der Behandlung durch meinen im Orthopaedicum Gütersloh praktizierenden Arzt und - im Bedarfsfall - (zum Beispiel im Rahmen einer Vertretung meines behandelnden Arztes durch die anderen Ärzte im Orthopaedicum Gütersloh) einverstanden.

Mit meiner Unterschrift schließe ich somit einen **gemeinschaftlichen** Behandlungsvertrag mit allen im Orthopaedicum Gütersloh praktizierenden Ärzten. Dieser stellt die Grundlage für meine Behandlung in der Praxis dar. Ich bin damit einverstanden, dass alle Ärzte der Gemeinschaftspraxis im Bedarfsfall meine erhobenen Patientin- und Behandlungsdaten einsehen können.

Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten an meine mich außerhalb des Orthopaedicum Gütersloh behandelnden Ärzte oder Leistungserbringer zum Zwecke der dort geführten Karteikarte und der daraus resultierenden Behandlung schriftlich, telefonisch oder per Fax übermittelt darf und dass der nicht behandelnde Arzt bei meinen mitbehandelnden Ärzten oder Leistungserbringern erforderliche Patientendaten und Befunde schriftlich, telefonisch oder per Fax erfragen beziehungsweise anfordern darf.

Ich willige ein, dass zum Zwecke der Mitbehandlung Untersuchungen in einer externen Labor- oder radiologischen Praxis durchgeführt werden dürfen (z.B. MRT, CT, PRT-Behandlungen etc.).

Außerdem stimme ich der Mitbehandlung anderer Fachärzte - nach Abschluss eines entsprechenden Behandlungsvertrages in der jeweiligen Praxis - im Bedarfsfall zu. Meine hierzu relevanten Patientendaten dürfen zu diesem Zweck übermittelt bzw. im Orthopaedicum Gütersloh angefordert werden. Die Auskunft kann schriftlich, telefonisch oder per Fax erfolgen. Bei Privatpatienten wird ggf. von entsprechender Stelle eine Rechnung erstellt.

Sollten ärztliche Unterlagen in der Praxis für mich hinterlegt werden, die nicht persönlich von mir in Empfang genommen werden können, muss dem Fremdbaholer eine Vollmacht erteilt werden, in welcher der **Praxisname**, der **Name des Abholers** sowie das **abzuholende Dokument** beschrieben wird. Der Abholer hat sich mit seinem **Personalausweis** zu identifizieren.

Es ist mir jederzeit möglich, diese Einverständniserklärung teilweise oder in allen Punkten zu widerrufen. Meine Zustimmung gilt bis zu einem eventuellen Widerruf auch für zukünftige Behandlungen im Orthopaedicum Gütersloh.

Ich habe die oben genannten Fragen – soweit mir bekannt – vollständig beantwortet.

Mit der vorstehenden Datenschutzerklärung bin ich einverstanden und willige mit meiner Unterschrift ein.

Die Angaben werden in unserer Praxis-EDV erfasst und erhöhen so die Sicherheit bei Ihrer Behandlung!

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

Datum, Unterschrift des Patienten

Bitte die Folgeseite beachten!

Infoblatt Chirotherapie und Injektionen

Im Rahmen ihrer Behandlung in unserer Praxis wenden wir Techniken an, die einer schriftlichen Zustimmung des Patienten nach vorheriger Aufklärung über Indikation, Komplikationen (Nebenwirkungen) und Behandlungsalternativen bedürfen.

Hierbei sind zu nennen:

- Chirotherapie (Manipulationsbehandlung)
- Injektionen (Spritzen) in Gelenke, Weichteilgewebe und in der Nähe von Nerven und Knochen der Wirbelsäule

Die Chirotherapie (Manipulationsbehandlung) ist eine Behandlungsform, die bereits seit Tausenden von Jahren angewandt wird. Eine gestörte Gelenkfunktion wird eine Spannungserhöhung der umgebenden Muskulatur, welche als schmerzhafte Verhärtung wahrgenommen wird. Durch einen schnellen Puls mit geringem Kraftaufwand wird die Reflexantwort des Körpers auf eine Spannungsänderung der Muskulatur ausgenutzt. Während der Manipulation ist häufig **ein hör- und spürbares „Knacken“** zu vernehmen, welches zur Therapie gehört, jedoch nicht immer auftreten muss. Die Entspannung der Muskulatur und damit Schmerzreduktion tritt manchmal sofort, häufig jedoch erst im Verlauf von Tagen ein.

An **Komplikationen** sind zu nennen:

- Vorübergehende Verstärkung von Beschwerden in Form von Nackenschmerzen und Muskelkater-ähnlichen Symptomen
- Verstärkung der Beschwerden bei vorliegendem Bandscheibenvorfall mit der Möglichkeit einer unumgänglichen Operation
- Extrem selten (1:1.4 Mio) kann es bei vorbestehender Bindegewebsschwäche im Bereich der Halsgefäße zur Verstärkung von Einrissen der hirnvorsorgenden Gefäße kommen, was zu Durchblutungsstörungen des Gehirns mit nachfolgendem Schlaganfall führen kann. **Ob dies wirklich durch eine chirotherapeutische Manipulation ausgelöst werden kann, wird in der Wissenschaft nach wie vor kontrovers diskutiert.**

Die **Injektion** (Spritzen) eines Medikamentes in Gelenke, im Weichteile in die Nähe der Wirbelsäule wird angewandt, um sehr selektive und punktuellen Beschwerden zu behandeln und den Körper durch eine systemische Gabe von Medikamenten nicht zu belasten. Die Injektion wird immer unter sterilen Bedingungen durchgeführt, das Risiko für eine Einbringung von Keimen in den Körper auf ein Minimum zu reduzieren.

Als **Komplikationsmöglichkeiten** bei Injektionen, Weichteilgewebe oder an die Wirbelsäule sind zu nennen:

- Infektionen: d.h. Keimbesiedelung/Bakterienbefall mit Eiterung/Entzündung und mit der Möglichkeit zu einer unumgänglichen Operation (Spülung des Gelenkes, offene OP, mehrfache OPs), chronischer Knochenerkrankung, Bewegungseinschränkungen eines Gelenks bis hin zum Einsteifung sowie chronische Fistelbildung bis hin zur Notwendigkeit einer Amputation, Sepsis, Organversagen mit tödlicher Folge.
- Allergische Reaktionen bis hin zu lebensbedrohlichen Kreislaufkollaps bei Medikamentenunverträglichkeit, Notwendigkeit einer stationären Behandlung/Überwachung bis hin zum Tod.
- Einblutung von Gelenken und/oder Muskulatur mit der Möglichkeit von und umgänglichen Operationen, Gefäßverschluss, dauerhafte Durchblutungsstörungen
- Gefühlsstörungen und vorübergehende Lähmungen bei Gabe von lokalen Betäubungsmitteln in die Nähe von Nerven und Nervenwurzeln, welche die Verkehrstüchtigkeit einschränken bzw. vollständig aufheben. Eventuell auch dauerhafte Schädigung von Nerven, irreversible Nervenschäden (Taubheit/Lähmung)

Als **alternative Behandlungsmethoden** sowohl für die Chirotherapie als auch die Injektionstherapie sind zu nennen:

- Krankengymnastik
- physikalische Therapie (Reizstrom, Wärme, Zugbehandlung)
- Medikamente in Tablettenform (zum Beispiel Ibuprofen, Diclofenac, Paracetamol etc.)
- Akupunktur
- Therapieformen wie Magnetfeldtherapie, Bioresonanztherapie und andere Verfahren, welche jedoch als individuelle Gesundheitsleistung vom Patienten selbst zu tragen sind.

Bei einem Teil der alternativen Therapien ist jedoch mit verlängerten Behandlungszeiten und/oder unsicherem Behandlungserfolg zu rechnen.

Gütersloh, _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Fachärztin/Facharzt