

Name: Geb.:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Telefon:

Datum:

Beruf?

Vorrangige Arbeitshaltung (sitzen, stehen, gehen)?

Arbeitsbelastung (tragen, heben, Zwangshaltung)?

Seit wann Beschwerden?

Deswegen schon ärztl. Untersuchung?

Wenn ja, welches Ergebnis?

Haben Sie bei einem Arzt/anderen Therapeuten bereits Informations- und Aufklärungsgespräche geführt?

Welche Behandlungsmaßnahmen?

Gab es Probleme?

Nehmen Sie Medikamente ein?

Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (Marcumar, Aspirin)?

Schlafmittel, Abführmittel, Muskelrelaxantien, Entzündungshemmer?

Sind oder waren Organe bzw. Organsysteme erkrankt?

Herz-/Kreislaufsystem: Angina pectoris, Herzinfarkt?

Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot?

Gefäße: Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen?

Atemwege/Lunge: Chronische Bronchitis, Asthma, TBC?

Stoffwechslerkrankung: Diabetes, Gicht?

Blut: Gerinnungsstörung?

Nerven: Lähmungen, Epilepsie, Gefühlsstörung?

Allergie oder Überempfindlichkeit?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

Schwanger?

Sport?

Knochenbrüche, Band- oder Gelenkverletzung?

Schleudertrauma?

Osteoporose?

Operationen?

Metallimplantate oder Andere?

Aktuelle Beschwerden?

Haben Sie eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht ausgestellt? Ja Nein

Ist für Sie eine Betreuung eingerichtet? Ja Nein

Befund:

.....

.....

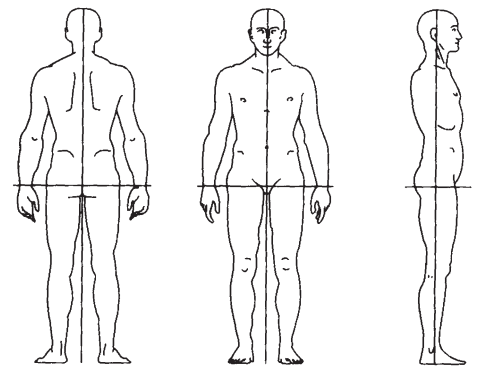
.....

.....

.....

.....

.....



Name des Therapeuten:

Diagnose/Wesentliche Umstände für die Behandlung/prognostische Einschätzung:

.....

.....

Delegation zum Arzt wegen?:

.....

Therapie einschließlich nach der Therapie gebotene Maßnahmen, Art, Dauer:

.....

.....

Aufklärung, § 30e BGB (Art, Umfang, Durchführung und Folgen der Behandlung, Risiken, Notwendigkeit, Erfolgsaussichten in Bezug auf Diagnose und Therapie):

.....

.....

Ich bin von dem/der verordnenden Arzt/Ärztin umfangreich aufgeklärt worden über die verordneten Heilmittel und willige in die Behandlung ein.

Ja Nein

wenn nein:
Patientenerklärung
Ich bin vom Therapeuten untersucht worden, habe sämtliche Informationen, die für mich relevant sind, erhalten und bin vollumfänglich aufgeklärt worden, auch über mögliche Alternativen zu der Behandlung. Weitere Fragen habe ich nicht. Ich verzichte auf weitere Informationen/Aufklärungen, weil ich sie für meine Einwilligungentscheidung nicht benötige. Ich willige in die oben beschriebene Therapie für die gesamte Behandlungsdauer ein.

Ich gestatte die Einsichtnahme in die Dokumentation nur durch Personen, die ich ausdrücklich bevollmächtigt habe.

Ja Nein

Andere Organisationen, Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern u.ä., gestatte ich die Einsichtnahme in die Patientendokumentation.

Ja Nein

Ort: Datum:

(Patient)