



Patient: Geb.- Datum:

Ich begrüße Sie in meiner Praxis und werde mich jederzeit bemühen, Ihnen bei der Linderung Ihrer Beschwerden zu helfen.

Damit ich Sie optimal behandeln kann und um Ihnen individuelle Therapieansätze erteilen zu können, benötigen ich genaue Angaben zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte.

Bitte füllen Sie nachfolgende Fragen möglichst vollständig aus, damit ich Ihre Behandlung sicher gestalten kann.

1. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, an **welchen** (z.B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Niereninsuffizienz, Schilddrüsenerkrankung, chronische Bronchitis, Osteoporose o.a.)

.....
.....

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, **welche** -

.....

3. Hatten Sie schon einmal eine schwere Verletzung /Unfall (z.B. Knochenbrüche, Bänderrisse)?

Ja Nein

Wenn ja, wann und an welchem Körperteil?

.....

4. Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja Nein

Wenn ja, was, wann und an welchem Körperteil?

.....
.....

5. Leiden Sie an einer Allergie Ja Nein

Wenn ja, an welcher

6. Wer ist Ihr Hausarzt?

7. Wie groß sind Sie ? cm Wie schwer sind sie?kg

8. Was machen Sie beruflich?

9. Nennen Sie bitte Ihre Email-Kontaktadresse:

Telefonnummer:

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Vollständigkeit Ihrer Angaben.

Dresden, den20..

.....
Unterschrift / ggf. Unterschrift Erziehungsberechtigter

Bitte wenden – siehe Rückseite !!

Grundaufklärung über übliche Behandlungsmaßnahmen

Für eine effektive Behandlung orthopädischer Erkrankungen ist nach dem gegenwärtigen wissenschaftlichen Stand häufig die Durchführung einer Injektionstherapie (= Anwendung von Medikamenten in Spritzenform) erforderlich. Aus menschlichen und rechtlichen Gründen halte ich es für notwendig, Sie über einige sehr seltene Komplikationsmöglichkeiten, die dabei auftreten können, zu informieren:

1. Bei entsprechender Veranlagung kann fast jedes Medikament eine allergische Reaktion auslösen.
2. Bei jeder Injektionsanwendung kann es trotz intensiver Bemühungen und Sterilität zum Auftreten eines Infektes (=Entzündung durch Bakterien) kommen. Dieses kann bei ungünstigem Verlauf zu einer Abszessbildung führen. Ebenso kann es in sehr seltenen Fällen bei Injektionen in ein Gelenk zu Entzündungen kommen, die nach Abheilen eine erhebliche Funktionseinbuße des Gelenkes verursachen können.
3. Bei Injektionen an die Wirbelsäule werden häufig lokale Betäubungsmittel angewendet. Diese können im Sinne einer Heilanästhesie eine vorübergehende Nervenblockierung bewirken, die therapeutisch positiv zu werten ist. In Folge solcher Nervenblockierungen kann es jedoch für einige Stunden zu einer Einschränkung der Geh- und Verkehrstüchtigkeit kommen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, sich nach jeder Injektion an die Wirbelsäule noch min. 15 Minuten im Warteraum aufzuhalten, um sicher zu gehen, dass Sie uneingeschränkt gehfähig sind.
4. Cortison ist als körpereigenes Hormon das beste abschwellende und entzündungshemmende Medikament. In niedrigen Mengen wird es zu Behandlungen von Gelenkschmerzen und entzündlichen Sehnenkrankungen durch kein anderes Medikament übertroffen. Auch hier kann es selbst unter sterilen Bedingungen in sehr seltenen Fällen zu eitrigen Entzündungen kommen. Mitunter kann es auch ohne Infektion ein Absterben von Gewebe zur Folge haben. Außerdem kann es zu Hautveränderungen kommen.

Wird ein blockiertes Wirbel- oder Extremitätengelenk gefunden, werden wir Ihnen vorschlagen, diese Funktionsstörung über eine geführte, natürliche Bewegung (Chirotherapie) zu beseitigen. Hierzu sind mitunter Röntgenaufnahmen erforderlich, um andere Risiken (Knochenabszesse, Tumoren usw.) auszuschließen. Bei Manövern der oberen Halswirbelsäule kann es neben Reizungen der Gelenkkapsel schlimmstenfalls zu ernststen Durchblutungsstörungen kommen, die Lähmungen wie bei einem Schlaganfall zur Folge haben.

Wenn Sie bestimmte Behandlungen (z.B. Spritzen) nicht wünschen, informieren Sie mich bitte.

Ich weise Sie darauf hin, dass Sie im Fall einer Rezeptierung von Medikamenten, Physiotherapie, Einlagen, Bandagen und anderen Hilfsmitteln die freie Wahl einer Apotheke, eines Heil- und Hilfsmittelerbringers haben. Wenn Sie diesbezüglich Fragen haben, zögern Sie nicht, unser Praxisteam anzusprechen – wir helfen Ihnen gern.

Bitte bescheinigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Informationen zur Kenntnis genommen haben, und dass Sie, falls dieses medizinisch sinnvoll und von Ihnen gewünscht ist, mit der Durchführung der angesprochenen Behandlungsmethoden grundsätzlich einverstanden sind.

Dresden, den20..

.....
Unterschrift / ggf. Unterschrift Erziehungsberechtigter

Datenschutzaufklärung:

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben und um Sie optimal behandeln zu können, übermitteln wir Ihre Daten ggf. an mitbehandelnde Kollegen/innen bzw. Institutionen. Hierüber werden wir Sie immer transparent informieren.

Unsere ausführlichen Datenschutzzinformationen finden Sie als Auslage im Wartezimmer.

Sie können die Einwilligung zur Kontaktaufnahme mittels Email/Telefon bzw. zur Datenspeicherung, sofern nicht gesetzlich vorgeschrieben, jederzeit mit Wirkung für die Zukunft einzeln oder gesamt per Nachricht an unsere Praxis widerrufen. Ein Widerruf hat keinerlei Nachteile für Sie.

Bitte bescheinigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Informationen zur Kenntnis genommen haben.

Dresden, den ...20..

.....
Unterschrift / ggf. Unterschrift Erziehungsberechtigter