Facharztpraxis im Gesundheitszentrum Monsheim - Ihre Kompetenz für den Bewegungsapparat



# **Anmeldebogen**

Sehr geehrte Patienten,

wir dürfen Sie bitten nachfolgend einige persönliche Angaben zu machen. Diese Daten benötigen wir, um bei Rückfragen ggf. mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können, insoweit beruht unsere Datenverarbeitung auf Art. 6 Abs. 1 S. 1 Buchstabe f DS-GVO:

**Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Straße, Nr.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wohnort:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel. privat:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tel. gesch.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fax-Nr.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-Mail.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hauptversicherter bei Familienversicherung:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
**Name/Anschrift Hausarzt:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine Erinnerung (Recall) bei anstehenden Terminen zu Ihrer Behandlung?   
Ja Nein

Dürfen wir Sie per Mail kontaktieren?  
Ja Nein

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:   
Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahe stehende Personen:**Um auch einmal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährte/in Befunde  
(z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen  
Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir auch Ihre schriftliche Einwilligung

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Aufklärung für die Durchführung spezieller ärztlicher Behandlungsmaßnahmen**

Ein Bild, das Clipart, Design, Darstellung enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Sehr geehrte Patienten,

jeder Arzt ist verpflichtet seine Patienten über vorgesehene Behandlungsmaßnahmen sowie deren Risiken zu informieren. Dies trägt vor allem dazu bei, dass Sie als Patient über die Behandlungsmaßnahmen informiert sind.

Bei bestimmten Behandlungsmethoden bedarf es zudem einer ausführlichen Aufklärung über die damit verbundenen Risiken und einer Einwilligung des Patienten zu dieser Behandlung. Diese wird Ihnen hiermit zu den nachfolgenden Behandlungsmaßnahmen erteilt.

**Spritzen, auch intraartikuläre Injektionen:**

Manche Medikamente und Medizinprodukte können oder müssen als Spritze in den Körper eingebracht werden. Neben den Präparat-bezogenen Nebenwirkungsmöglichkeiten besteht dabei immer auch eine gewisse Gefahr eine Entzündung auszulösen oder Strukturen zu verletzen.

Intraartikuläre Injektion bedeutet, dass ein Medikament oder Medizinprodukt durch eine Spritze in ein Gelenk eingebracht wird. Grundsätzlich besteht bei jedem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit die Möglichkeit des Auslösens einer bakteriellen Entzündung. Im Falle der sachgerechten Durchführung einer intraartikulären Injektion erfolgt dies nach sorgfältiger Desinfektion zur Keimabtötung. Es wird im Weiteren eine sterile Injektionsnadel verwand. Hiermit ist in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Risiko einer bakteriellen Entzündung zu vermeiden. Eine 100%ige Sicherheit besteht bei solchen Maßnahmen jedoch grundsätzlich nicht.

Vorteile der Verabreichung von Medikamenten oder Medizinprodukten über Spritzen in ein Gelenk sind die Umgehung des Magen-Darm-Traktes bei der Einnahme von Tabletten bzw. des Blutkreislaufes bei der Verabreichung einer Spritze in eine Vene. Den Organismus belastende Nebenwirkungen werden so in der Regel vermieden. Trotzdem können neben bakteriellen Entzündungen auch Unverträglichkeitsreaktionen gegen ein Medikament auftreten (z.B. Schwellung, Juckreiz, Hautausschlag), dies ist meist unabhängig von der Art der gewählten Applikation.

**Manuelle Therapie – Chirotherapie:**

Diese Behandlungsmethode hat sich bereits über Jahrtausende bewährt. Es ist hiermit möglich Funktionsstörungen der Bewegungsorgane, d.h. also der Extremitätengelenke wie auch der Wirbelsäule zu behandeln. Unterschieden wird zwischen mobilisierenden und manipulierenden Techniken. In beiden Fällen ist es in der Regel möglich die Funktionsstörungen und damit die Schmerzen oder die aufgetretenen Ausfallerscheinungen zu beheben. Die Chirotherapie oder auch Manuelle Medizin wird in Deutschland nur von darin speziell ausgebildeten Ärzten durchgeführt. Trotz entsprechender Ausbildung, Sorgfalt und Erfahrung ist es nicht völlig auszuschließen, dass durch einen entsprechenden Eingriff auch Beschwerden ausgelöst werden können, wenn gleich dies ausgesprochen selten der Fall ist.

In seltensten Fällen kann es zu Durchblutungsstörungen kommen, auch können Knochenbrüche oder Bandscheibenschäden ausgelöst bzw. aktiviert werden. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn eine entsprechende Vorschädigung besteht. Das entsprechende Ereignis wäre dann auch im Rahmen einer anderen Gelegenheitsursache (Husten, ungeschicktes Bücken etc.) ausgelöst worden.

Sollte eine der beiden genannten Behandlungsformen bei Ihnen erforderlich bzw. empfehlenswert sein so werden wir Sie selbstverständlich hierzu nochmals informieren. Natürlich können Sie jederzeit eine entsprechende Behandlung ablehnen und niemand wird Sie gegen Ihren Willen mit einer nicht gewünschten Behandlungsmethode behandeln.

Ich bestätige, dass ich in einer für mich verständlichen Form hinreichend über in Frage kommende Behandlungsmethoden aufgeklärt wurde.

**Ich bin mit der Behandlung durch Chirotherapie – Manuelle Therapie wie auch durch intraartikuläre Injektionen einverstanden. Auch wurde ich darüber belehrt, dass ich diese Einwilligung widerrufen kann.**

Datum:………………………………………….

**Unterschrift Arzt**………………………………………………………………., Praxismitarbeiterin…………………………………………..,  
  
**Patient/Sorgeberechtigter**…………………………………………………

**Einverständniserklärung zur Datenübermittlung gemäß § 73 Abs. 1b SGB V**

Ein Bild, das Clipart, Design, Darstellung enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mich damit einverstanden, dass meine Daten an folgende Stellen weitergeleitet oder dort erfragt werden dürfen:

x Krankenhäuser zur stationären operativen oder konservativen Behandlung

x weiterbehandelnde Ärzte- und Ärztinnen

x Sanitätshaus zwecks ggf. erforderlicher Motorschienentherapie oder Orthesenversorgung

x Radiologe zur Beratung über dort erhobene Befunde (z.B. CT, MRT, spezielle Röntgenaufnahmen …)

x Labor für Blutuntersuchungen, die wir selbst nicht durchführen dürfen und können

x Berufsgenossenschaften

x mit- und weiterbehandelnde Ärzte

Nicht Zutreffendes bitte streichen

Ich bin damit einverstanden, dass Verordnungen/Formulare von anderen Personen (Angehörige/Bekannte) in meinem Namen abgeholt werden dürfen, wenn diese die Versichertenkarte oder einen sonstigen Identifikationsnachweis vorlegen können.

□ ja Name der anderen Person:

□ nein

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich folgenden Personen (Angehörige, Bekannte …) Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen und dort auch einholen dürfen.

□ ja Name:

□ nein

Ich wurde darüber belehrt, dass ich die vorstehend erteilten Einwilligungen widerrufen kann.

**Ihre Vorgeschichte:**

Ein Bild, das Clipart, Design, Darstellung enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil.   
Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren   
Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

**Wichtige, bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Operationen? Welche? Wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  
Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? Gegen welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sonstige Erkrankungen/Krankenhausaufenthalte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Ihre Medikamente (BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN):**

Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen, nennen Sie bitte auch die  
Medikamente, wie z. B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medikament  **Name, Wirkstoffmenge/mg** | Einnahmezeit  **Morgens** | Einnahmezeit  **Mittags** | Einnahmezeit  **Abends** | Einnahmezeit  **Nachts** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gibt es zu den beschriebenen Beschwerden Vorbefunde (z.B. MRT, CT)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ihre Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

**Ihr Praxisteam**