

Aufklärungsbogen

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und den Fragebogen ausfüllen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Mit der manuellen Therapie lassen sich funktionelle Störungen bei Ihnen feststellen und behandeln. Eine Differenz der Beinlänge (Zeichen einer Dysbalance des Körpers) kann ein Warnzeichen sein und bedarf der Korrektur. Bei Ihrem Kind oder Partner können Sie einen einfachen Test durchführen.

So wird der Test gemacht: Ihr Kind oder Partner liegt in entspannter Bauchlage. Fassen Sie die Fußgelenke des Kindes an, Mittelfinger unter den inneren Knöcheln. Lassen Sie Ihr eigenes Körpergewicht leicht nach hinten fallen. Scheint ein Bein kürzer zu sein, wenden Sie sich direkt an ihren Therapeuten. Die Wiederherstellung der richtigen Haltung ist eine Voraussetzung für Leistungsfähigkeit, Abwehrkräfte und Wohlbefinden.

Mit der Methode der sanften Chiropraktik und strukturellen Osteopathie lassen sich funktionelle Störungen oft beheben oder ihre Folgen mildern. Diese Methode wurde in den letzten Jahrzehnten zu einer evidenzbasierten, millionenfach bewährten Behandlung entwickelt. Die bewusste und ge-

zielte Mitarbeit des Patienten nach Anleitung des Therapeuten ist bei diesem Behandlungskonzept von großer Bedeutung.

Behandlungsablauf

Der manuellen Behandlung geht stets die Befragung des Patienten auf Vor- und Begleiterkrankungen, eine manualmedizinische Untersuchung, sowie - vor allem bei geplanten Manipulationen an der Wirbelsäule - die Auswertung vorhandener und die Erhebung ergänzender Befunde (z.B. Ultraschall, Röntgen) voraus.

Mobilisation: Handgrifftechnik zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Beweglichkeit von Gelenken durch wiederholte langsame Bewegungen mit zunehmendem Bewegungsausmaß (Amplitude).

Manipulation: Aufbau der Balance der Kreuz-Hüftbeingelenke. Handgrifftechnik zur Wiederherstellung der Beweglichkeit von Gelenken an der Wirbelsäule, an Armen und Beinen sowie von Rippen durch eine rasche zielgerichtete und meist schmerzlose Bewegung.

Fragebogen für Patienten 1/3

Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen, Textstellen unterstreichen oder an den vorgesehenen Stellen ergänzen und unterschreiben.

Vorname, Name _____	Geb. Datum _____
Anschrift _____ _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers
Telefon _____	Beruf _____
E-Mail _____	Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

1. Aktuelle Beschwerden: _____

a. Schmerz (Spannungen)

Wo? _____	Verlauf <input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> schlechter
Seit wann? _____ <input type="checkbox"/> plötzlich <input type="checkbox"/> schleichend	Auslöser _____
Schweregrad 0 = kein Schmerz, 10 = unerträglicher Schmerz _____	Handicap / Einschränkung _____

b. Haben Sie einen Unfall gehabt? Wenn ja, welchen?

c. Wurden Sie schon geröntgt? Wenn ja, wo und mit welchem Befund?

d. Hatten Sie in den letzten Tagen oder Wochen flüchtige Lähmungserscheinungen (z.B. an Armen, Händen, Beinen, Füßen, Zunge)? Ja Nein

e. Hatten Sie Sehstörungen (plötzlich auftretende Doppelbilder)? Ja Nein

2. Eigenanamnese (Gesundheitsstatus)

a. Vorerkrankungen?

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bindegewebskrankungen: Ehlers-Danlos-Syndrom, Marfan-Syndrom, fibromuskuläre Dysplasie Ja Nein

Herz-/Kreislaufsystem: Herzschmerzen, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen? Ja Nein

Gefäße: Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen? Ja Nein

Atemwege/Lunge: Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, TBC? Ja Nein

Blut: häufiges Nasenbluten, Blutergüsse, auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörung? Ja Nein

Fragebogen für Patienten 2/3

Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf?

Ja

Nein

Nerven: Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen?

Ja

Nein

b. Frühere Untersuchungen, Behandlungen Befunde, Unterlagen

Beim Arzt?

Ja

Nein

Therapie / Krankenhausaufenthalte / Operationen?

Ja

Nein

c. Allergien

(z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Latex, Jod?

Ja

Nein

d. Genussmittel (Alkohol, Nikotin, Drogen)

Trinken Sie Alkohol?

Ja

Nein

Wenn ja, wie häufig?

Regelmäßig

Gelegentlich

e. Vegetative Anamnese (Lebensführung)

Stress?

Ja

Nein

Haben Sie Appetit?

Ja

Nein

Durst - trinken Sie genug Wasser?

Ja

Nein

Unverträglichkeiten?

Ja

Nein

Gewichtsveränderung?

Ja

Nein

Normaler Stuhlgang?

Ja

Nein

Schlaf (Stunden / Nacht)? _____

Freizeitaktivitäten, welche? _____

f. Gynäkologische Anamnese?

g. Medikamenten Anamnese? Wenn ja – welche?

Name _____ Dosis _____

Name _____ Dosis _____

Name _____ Dosis _____

Name _____ Dosis _____

Name _____ Dosis _____

Fragebogen für Patienten 3/3

h. Familienanamnese

Familienstand _____

Familiäre Erkrankungen? _____

Traten bei Blutsverwandten gehäuft Schlaganfälle auf? Ja Nein

Traten bei Blutsverwandten andere schwere Erkrankungen auf? Ja Nein

i. Sonstiges, dass Sie uns mitteilen möchten:

Bitte unbedingt beachten!

Sollten Sie nach einer chiropraktischen Behandlung irgendwelche Beschwerden oder Missempfindungen haben, teilen Sie dies bitte sofort Ihrem Therapeuten mit.

Eine vorübergehende Verstärkung der vorhandenen Beschwerden für einige Stunden bis zu zwei Tagen ist möglich und ungefährlich.

Nach einer Behandlung an der Halswirbelsäule sollten Sie die Praxis erst nach etwa 15 Minuten verlassen.

Direkt nach einer Behandlung bitte nicht ins Auto sitzen, sondern noch 10 -15 min Gehen.

Nach der Behandlung viel Flüssigkeit trinken.

- Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.
Die Fragen zur Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Vorgesehener Untersuchungs-/Behandlungstermin:

Datum

Einwilligung

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt, ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.

- Ich willige ein in die folgende(n) bei mir/meinem Kind (zunächst) vorgesehene(n) manualmedizinischen Untersuchung(en)

Ort, Datum, Uhrzeit

Patient/in bzw. Sorge-Berechtigte/r

Therapeut/in

* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt es mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm Sorgerecht allein zusteht, oder es im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.