

## 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.

Name \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum \_\_\_\_\_ Geschlecht  Männlich  Weiblich  Divers  
 Größe (cm) \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

### 1. Aktuelle Beschwerden:

#### a. Schmerz (Spannungen)

Wo? \_\_\_\_\_ Verlauf  besser  schlechter  
 Seit wann? \_\_\_\_\_ Auslöser \_\_\_\_\_  
 plötzlich  schleichend  
 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?

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

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

Gefäße: Krampfader, 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? \_\_\_\_\_

Was und wie viel? \_\_\_\_\_

### 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

Familienstatus \_\_\_\_\_

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.

Unterschrift des Therapeuten

- 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 Krankenvorgeschichte (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) /

Vorgesehener Untersuchungs-/Behandlungstermin:

Datum

Mit notwendigen Änderungen oder Erweiterungen des vorgesehenen Verfahrens, sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Falls Sie bestimmte einzelne Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

Ort, Datum, Uhrzeit

Patient/in bzw. Betreuer/  
Bevollmächtigter/Sorge-Berechtigte

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.