medici WIESBADEN

kpz WIESBADEN

DR. MED. MICHAEL WILK
DR. MED. CHRISTIAN KÖHLER
DR. MED. CHRISTIAN LEISTNER
DR. MED. ELIANE LEISTNER

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Patientenakte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Die Angaben sind natürlich freiwillig, würden uns aber bei Ihrer Behandlung helfen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen. Vielen Dank für Ihre Mühe!

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname _____ **Geburtsdatum** _____

Adresse _____

Telefonnummer _____ **E-Mail** _____

Größe _____ cm **Gewicht** _____ kg **Beruf** _____ **Familienstand** _____

☐ **Gesetzliche Krankenkasse** _____ ☐ **Privat** _____ ☐ **Selbstzahler**

Rechnungsempfänger (falls abweichend): Name, Vorname _____

Adresse _____

Was führt Sie zu uns? _____

VORERKRANKUNGEN

Wurden bei Ihnen bereits folgende Erkrankungen diagnostiziert?

☐ Herzinfarkt / KHK
☐ Herzschwäche
☐ Herzklappenerkrankung
☐ Herzrhythmusstörung
☐ Bluthochdruck
☐ Schlaganfall
☐ Gefäßerkrankung (pAVK)
☐ Thrombose/Lungenembolie
☐ Gerinnungsstörung
☐ erhöhte Blutfette
☐ Diabetes mellitus
☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Nierenerkrankung
☐ Lebererkrankung
☐ Osteoporose
☐ Asthma / COPD
☐ Schlafapnoe
☐ Epilepsie
☐ Parkinson / Demenz
☐ Chronische Schmerzen

☐ Tumorleiden: _____
☐ Allergie(n): _____
☐ Gelenkerkrankung: _____
☐ Wirbelsäulenerkrankung: _____
☐ Psychische Erkrankungen: _____
☐ Sonstige: _____

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

_____

_____

_____

_____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

☐ nein ☐ ja, welche: _____

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Dürfen wir Angehörige oder Ihnen nahestehende Personen informieren? Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung:

☐ Auskunft über meinen Gesundheitszustand
☐ Benachrichtigung im Notfall

Name, Verwandtschaftsgrad, Telefon (mehrere möglich):

_____

_____

_____

ERINNERUNGSSERVICE

Gern erinnern wir Sie an Ihre persönlichen Kontrolltermine, z. B. fällige Gesundheitsuntersuchungen oder Impfungen.

☐ Ja, ich möchte erinnert werden:
☐ per Post ☐ per E-Mail

Freiwillig und jederzeit widerrufbar. E-Mails werden unverschlüsselt versendet.

PATIENTENVERFÜGUNG

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht vorhanden?

☐ nein ☐ ja, Verfügung ☐ ja, Vollmacht

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Angaben und erteile die angekreuzten Einwilligungen.

Datum _____

Unterschrift _____

bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/r

PATIENTENAUFKLÄRUNG

Behandlungsrisiken und Einverständnis zur Datenübermittlung

medici WIESBADEN

Name, Vorname _____ **Geburtsdatum** _____

1 RISIKEN DER BEHANDLUNG *Manuelle Medizin · Schmerztherapie · Orthopädie*

Dieser Bogen bereitet das Aufklärungsgespräch vor und nennt typische, nicht alle Risiken. Fragen Sie uns gerne – wir beraten Sie!

MEDIKAMENTE

Wir berücksichtigen Ihre Angaben (z. B. Leber- oder Nierenerkrankungen, Allergien, Asthma) und informieren Sie über Dosierung, Dauer und unerwünschte Wirkungen. Jedes Medikament kann Nebenwirkungen haben, auch schwerwiegende; Mittel gegen Gelenkschmerzen (z. B. Ibuprofen, Diclofenac) können Magen, Darm, Leber und Nieren schädigen und Blutungen verursachen. Bitte nennen Sie uns alle weiteren Medikamente, auch rezeptfreie, und melden Sie Reaktionen umgehend.
Ändern Sie Dosierung oder Medikament bitte nicht eigenmächtig.

KORTISON-BEHANDLUNG

Kortison wirkt stark abschwellend und entzündungshemmend und ist in niedriger Dosis bei Gelenk- und Sehnenbeschwerden sehr wirksam. Vorübergehend können Blutzucker und Blutdruck steigen oder eine Gesichtsrötung auftreten. Auch bei steriler Injektion sind Entzündungen möglich, die zum Absterben von Gewebe führen.

MANUELLE MEDIZIN / CHIROTHERAPIE

Blockierungen lösen wir durch eine gezielte, geführte Bewegung; vorab können Röntgenaufnahmen nötig sein, um andere Ursachen (z. B. Knochenabszesse, Tumoren) auszuschließen. Behandlungen an der Wirbelsäule können Gelenkkapseln und Nervenwurzeln reizen; an der oberen Halswirbelsäule sind Einzelfälle ernster Durchblutungsstörungen mit Lähmungen beschrieben.

INJEKTIONEN („SPRITZEN")

Injektionen am Ort der Beschwerden lindern Schmerzen oft rasch. Trotz steriler Arbeitsweise besteht ein Risiko eitriger Entzündungen von etwa 1 : 35.000; bei Gelenkinjektionen sind selten schwere Folgen bis zur Gebrauchsunfähigkeit des Gelenks möglich. Injektionen an Nervenaustritt, Wirbelgelenke oder in den Wirbelkanal sind schnelle und wirksame Schmerzbehandlungen; auch hier sind in Einzelfällen eitrige Entzündungen möglich, trotz Antibiotikagabe mit teils ernsten Folgen bis zur Lähmung.

Möchten Sie eine dieser Behandlungen nicht, sagen Sie es uns bitte – soweit möglich, bieten wir Ihnen eine Alternative an.

☐ **Ich habe die Informationen gelesen und verstanden.**

☐ Ich habe folgende ergänzende Fragen:

_____

_____

☐ Ich wurde zusätzlich aufgeklärt über:

_____

_____

2 EINVERSTÄNDNIS ZUR DATENÜBERMITTLUNG *§ 73 Abs. 1b SGB V*

Für eine sichere Behandlung tauschen wir Befunde aus. **Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Medici Wiesbaden**

☐ bei meinen vor-, mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern **Behandlungsdaten und Befunde anfordert** und diese ihr die Daten übermitteln; die Praxis verwendet sie nur zur Dokumentation und für meine Behandlung. Insoweit entbinde ich die genannten Stellen von der Schweigepflicht.

☐ diesen Stellen **die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bereitstellt** (z. B. Arztbriefe, Laborwerte, Medikationspläne). Insoweit entbinde ich die Ärztinnen und Ärzte von Medici Wiesbaden von der Schweigepflicht.

Mein Einverständnis ist freiwillig. Ich kann es jederzeit ganz oder teilweise formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen; bis dahin erfolgte Übermittlungen bleiben rechtmäßig. Informationen zum Datenschutz erhalte ich am Empfang.

_____ _____

Ort, Datum — Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung