

## Patienten-Information

### Liebe Patientin, lieber Patient!

Vor Beginn Ihrer Behandlung möchte ich Sie auf einige wichtige Punkte hinweisen.

Ihre Beschwerden sollten vor der Behandlung unbedingt fachärztlich abgeklärt sein.

Sollten Sie Medikamente einnehmen, insbesondere Antikoagulantien (Blutgerinnungshemmer wie z.B. Marcumar, ASS o.ä.), so teilen Sie mir das unbedingt vor der Behandlung mit.

Die Behandlungen können zum Teil schmerzhaft sein. Insbesondere die aktive Schmerzpunktbehandlung und die Bindegewebs-Behandlung können sehr schmerzen und es kann auch einige Tage nach der Behandlung noch zu Berührungsempfindlichkeiten oder auch muskelkaterähnlichen Symptomen an den behandelten Körperstellen kommen. Es ist auch möglich, dass sich an den behandelten Stellen vorübergehend blaue Flecken oder Schwellungen bilden. Diese „Nachwehen“ sind unbedenklich und verschwinden i.d.R. nach ein paar Tagen.

Bei bestimmten Störungen (z.B. Fehlhaltungen, Bindegewebsveränderungen) werde ich Fotos oder kleine Filme von Ihnen oder von einzelnen Ihrer Körperteile anfertigen und diese zu Dokumentationszwecken abspeichern. Dabei werden die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz strikt eingehalten. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

Für Ihre Behandlungen erhalten Sie jeweils eine Rechnung bzw. Quittung.

Die Kosten pro Behandlungsstunde belaufen sich auf € 90,00. Die privaten Krankenkassen oder Zusatzversicherungen übernehmen die Kosten nur in seltenen Fällen. Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass unabhängig von eventuell abweichenden Erstattungsbeiträgen Ihrer Versicherung stets der volle Rechnungsbetrag zur Zahlung fällig ist.

In dieser Praxis können Termine nur nach Vereinbarung wahrgenommen werden. Ich halte Ihnen diese zuverlässig frei, kann Sie aber, wenn sie kurzfristig abgesagt werden, in aller Regel nicht neu belegen. Daher stelle ich Ihnen für Termine, die Sie ohne vorherige Absage nicht wahrnehmen oder erst am Tag selbst absagen, das Honorar in voller Höhe in Rechnung. Für Termine, die nicht mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden, beträgt das Ausfallhonorar € 50,00/Stunde – es sei denn, ich kann den Termin noch anderweitig belegen.

Mit freundlichen Grüßen  
Anne Aschenbrenner

.....  
Gelesen und zur Kenntnis genommen (Name in Druckbuchstaben)



## Patientenaufklärung

**Patientenaufklärung und Aufnahmebogen:** Bitte lesen Sie die folgenden Informationen sorgfältig durch und bringen Sie die unterschriebene Patientenaufklärung und den ausgefüllten Aufnahmebogen zur ersten Behandlung mit.

**Mitwirkungspflicht:** Zum Erreichen der therapeutischen Ziele ist es zwingend notwendig, dass Sie entsprechend der Vorgaben des Therapeuten mitwirken. Hierfür werden Ihnen individuelle Übungen und Tipps vermittelt.

**Datenschutz:** Zum Zweck der Behandlung werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Diese Daten werden vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften behandelt. Die Praxis hat das Recht, im Rahmen der Zweckbestimmung des Auftrags die ihr anvertrauten personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen zu verarbeiten. Ihnen steht das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Hiermit erkläre ich, den Aufklärungsbogen gelesen zu haben und über mögliche Nebenwirkungen, Kosten und Absangeregelung aufgeklärt worden zu sein. Ich stimme einer Behandlung unter diesen Bedingungen zu und mich mit der Erhebung personenbezogener Daten unter den im Absatz „Datenschutz“ genannten Datenschutzvereinbarungen einverstanden. Außerdem bestätige ich, dass ich von meiner Therapeutin in verständlicher Weise umfassend mündlich oder auch schriftlich über die Behandlung aufgeklärt wurde. Es besteht aktuell kein weiterer Klärungs- und Aufklärungsbedarf. Sollte dieser später auftreten, werde ich meine Therapeutin ansprechen. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen. Ich willige hiermit in eine Behandlung mit Pohltherapie/Physiotherapie ein.

.....  
Unterschrift, Datum

## Aufnahmebogen

.....  
Name und Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Straße und Hausnr.

.....  
Postleitzahl und Ort

.....  
Telefonnr.

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Krankenkasse





1. Aktuelle Beschwerden .....
2. Berufliche Tätigkeit .....
3. Tätigkeiten außerhalb des Berufs, Sport, Hobbies .....
4. Hatten Sie in Ihrer Vergangenheit Operationen, Verletzungen (z.B. Brüche) oder Erkrankungen?  
Welche? Wann? .....
5. Waren Sie aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden bereits bei Fachärzten und/oder anderen  
Therapeuten in Behandlung? Welche Untersuchungen/Therapien/Behandlungen hatten sie?  
.....
6. Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
7. Haben Sie Fieber, Schüttelfrost oder erhöhte Temperatur? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
8. Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
9. Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
10. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Erbrechen? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
11. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
12. Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie  Diabetes  Osteoporose  Hormonstörungen  Krebs  
 Arteriosklerose  Organerkrankungen (Herz, Niere, Leber, etc.)  Blutgerinnungsstörungen  
 Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, etc.)  neurologische Erkrankungen  
Sonstige .....
13. Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infektionen pro Jahr) Bitte ankreuzen  Ja  Nein
14. Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
15. Liegt/lag bei Ihnen eine Sucht-/Abhängigkeitserkrankung vor? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
16. Haben Sie Bluthochdruck? (Systolisch > 140 mmHg / Diastolisch > 90 mmHg) ..... / .....
17. Verlieren Sie manchmal das Bewusstsein? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
18. Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
19. Kommt es zu Kraftverlust in Armen oder Beinen? Bitte ankreuzen  Ja  Nein
20. Haben Sie Probleme mit den Augen (Brille/Kontaktlinsen?) oder Ohren? .....
21. Haben Sie in der letzten Zeit Antibiotika genommen? Wenn Ja, welche? .....
22. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? .....