

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 Absageregelung 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?



Vorbereitungsbogen Schilddrüse

Messen Sie bitte an 3 aufeinanderfolgenden Tagen 4 mal am Tag die Körpertemperatur unter der Zunge.

°C	Nach dem Aufstehen	Gegen 11 Uhr	Gegen 16 Uhr	Vor dem Einschlafen
1. Tag				
2. Tag				
3. Tag				

Sammeln Sie alte Arztberichte und bringen Sie sie zum Termin mit.

Versuchen Sie folgende Laborbefunde neu bestimmen zu lassen: fT₃, fT₄, TSH, TPO-AK, TAK, TRAK, Ferritin, Cortisol, Aldosteron, Progesteron, 17-BetaÖstradiol, FSH, 25-OH Vitamin D₃, Vitamin B₆, Vitamin B₁₂.

Derzeitige Beschwerden (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kann nicht lange durchhalten | <input type="checkbox"/> Augenbrauen werden dünner | <input type="checkbox"/> Libido vermindert |
| <input type="checkbox"/> Weniger Energie als andere | <input type="checkbox"/> Haarausfall seitlich Augenbrauen | <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Harnblase |
| <input type="checkbox"/> Tiefe Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Ängste bis Panik | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Lange Erholungszeiten | <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Starke Monatsblutung |
| <input type="checkbox"/> Kältegefühle Hände und Füße | <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Schwellungen |
| <input type="checkbox"/> Hohes Cholesterin | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Überempfindlich, schreckhaft | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche | |
| <input type="checkbox"/> Trockene Haut und Haare | <input type="checkbox"/> Ungeduld | |
| <input type="checkbox"/> Diffuser Haarausfall | <input type="checkbox"/> Grippe-symptome ohne Grippe | |
| <input type="checkbox"/> Rillen, brüchige Fingernägel | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Haare werden grau oder weiß | <input type="checkbox"/> Körperschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber | <input type="checkbox"/> Empfindliche Haut | |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Innere Unruhe | |
| <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit | <input type="checkbox"/> Heißhungerattacken | |
| <input type="checkbox"/> Wie Watte im Kopf | <input type="checkbox"/> Reisekrankheit | |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Schläfrigkeit auf Kaffee | |
| <input type="checkbox"/> Knochen- oder Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Häufiges Harnlassen | |
| <input type="checkbox"/> Ohrenjucken | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom | <input type="checkbox"/> Allergien verschlechtern sich | |
| <input type="checkbox"/> Druck in der Kehle | <input type="checkbox"/> Infektneigung | |
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl | <input type="checkbox"/> Alles besser nach 18 Uhr | |