

Aufklärungsbogen

Sorgfalts- und Aufklärungspflicht gebieten uns jeden Patienten über eventuelle Risiken zu informieren.

Patientenerklärung:

Die Patientin/der Patient versichert ausdrücklich, zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns keine der nachstehenden Erkrankungen/Zustände aufzuweisen:

- Erkrankungen, Durchblutungsstörungen und/oder Verletzung der Gefäße im Halswirbelsäulenbereich
- Akute Entzündungen in Gelenksstrukturen
- Akute Knochenbrüche
- Alle Formen der Osteoporose auch leichte!**
- Maligne Tumorerkrankungen
- Über 70 Jahre alt**

Sollten während der Behandlungsphase relevante Änderungen des Gesundheitszustandes erfolgen, welche auf die Sanfte Wirbelregulation Auswirkungen haben könnten, werde ich den Chiropraktiker umgehend davon informieren.

Patientenerklärung:

Bei jeder Art von Behandlung gibt es Risiken, über die die Patienten informiert sein müssen.

Mit dieser Patientenaufklärung möchten wir Sie über die typischen Risiken der sanften Wirbelregulation aufklären, damit Sie in die Behandlung einwilligen können. Der Chiropraktiker/Osteopath hat Sie eingehend untersucht und Hinderungsgründe für eine sanfte Wirbelbehandlung (Kontraindikationen) bereits ausgeschlossen.

Welche Komplikationen können auftreten? An den Extremitäten treten bei lege artis angewandter sanfter Wirbelregulation grundsätzlich keine Risiken auf. Bei der Wirbelsäule kann man gewisse Risiken auch bei sachgemäßer Ausübung der Therapie nicht gänzlich ausschließen. Die medizinische Wissenschaft kennt heute zwar noch keinen eindeutig gesicherten Hinweis darauf, dass eine fachgerecht ausgeführte sanfte Wirbelregulation einen Bandscheibenvorfall hervorrufen kann. Bei einer vorgesägten Bandscheibe (Bandscheibenvorwölbung oder Bandscheibenvorfall) kann es aber ganz selten (weniger als 0,1 %) zu einer Schädigung der Nervenwurzel kommen. Die Symptome sind dabei Gefühlsstörungen in den Armen oder Beinen oder in noch weit geringeren Fällen Lähmungen. Dies kann aber auch bei Bewegungen im täglichen Leben (Bücken, Heben und sogar Husten oder Niesen) vorkommen. Halten diese Symptome länger an, kann eine Bandscheibenoperation nötig werden. Ebenso kennt die Wissenschaft keine eindeutig erwiesenen Verletzungen von gesunden Blutgefäßen bei einer kunstgerechten sanften Wirbelregulation an der Halswirbelsäule. Sind die Gefäße (etwa die Arterie der Halswirbelsäule) allerdings vorgesägt, kann es zu Verletzungen der Halswirbelschlagader kommen. Diese Verletzungen sind ebenfalls sehr selten (weniger als 0,1 %). Dabei könnte es auch zu dauerhaften Durchblutungsstörungen des Kopfes oder zu einem Lösen von Blutgerinnseln kommen, die dann Gehirnabschnitte im Sinne eines Schlaganfalls schädigen können.

Diese Komplikation erfordert sofortige Behandlung im Krankenhaus, da sie lebensbedrohlich sein kann. Der Chiropraktiker/Osteopath wird die sanfte Wirbelregulation nur ausführen, wenn er bei Ihnen keine Gefahr aus den vorgenannten Risiken erkennen kann. Für den Behandlungserfolg kann er natürlich leider keine Garantie übernehmen.

Schröpfen:

Beim Schröpfen handelt es sich um eine Therapiemethode, bei der spezielle Gläser auf die Haut aufgesetzt werden, um ein Vakuum zu erzeugen. Dieses Vakuum zieht die Haut und das darunter liegende Gewebe nach oben und kann dabei helfen, die Durchblutung zu fördern und Verspannungen zu lösen. In der Osteopathie kann Schröpfen dazu verwendet werden, um Muskeln zu entspannen und die Wirbelsäule auf eine Anpassung vorzubereiten.

Behandlungsreaktionen

Nach der Behandlung treten manchmal innerhalb der ersten 2-4 Tage muskelkaterähnliche Schmerzen auf. In der Regel verschwinden diese schnell, wenn betroffene Stellen gekühlt werden. Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein gewisses Instabilitätsgefühl kann sich im behandelten Bereich für einige Zeit einstellen. Nach einer Schröpfbehandlung können vorübergehende Rötungen und Schwellungen an den behandelten Stellen auftreten, die normalerweise innerhalb weniger Tage abklingen. Es besteht das Risiko, dass Blutergüsse oder Hämatome auftreten können, insbesondere wenn die Haut empfindlich ist oder wenn die Schröpfgläser zu stark auf die Haut gesetzt werden. In seltenen Fällen kann das Schröpfen bei Menschen mit sehr empfindlicher Haut Blasenbildung verursachen. Dies geschieht normalerweise aufgrund des Vakuums und der Reibung zwischen der Haut und dem Schröpfglas.

Behandlungspause

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie in dieser Praxis nach 1 Jahren ohne Behandlung wieder als Neupatient gelten. Dies ist für uns aus medizinischen Gründen erforderlich. Unter anderem ist eine erneute ausführliche Erhebung der Krankengeschichte notwendig. Wegen des zeitlichen Mehraufwands kann es zu längeren Wartezeiten für einen Termin kommen und es wird Ihnen der Neupatientenpreis berechnet werden. Sollten Sie ihren Termin nicht wahrnehmen und oder ohne vorherige Kontaktaufnahme 24h vorher fernbleiben, so stelle ich ohne Ausnahme 35€ in Rechnung.

Patientenerklärung:

Ich wurde über die Risiken der Sanften Wirbelbehandlung informiert.
Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und keine weiteren Fragen.
Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Dazugehörige Unterschrift auf Seite 9

Anmeldung

Adresse: Fabrikstraße 4
8530 Deutschlandsberg
Telefon: +43 8181 2696 51
Internet: www.wirbelwelt.at
E-Mail: info@wirbelwelt.at

Persönliche Daten

Vor- und Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon Nummer

WhatsApp

Telegram

SMS

E-Mail

Geburtsdatum

Beruf/Tätigkeit _____ sitzend häufig einseitige Haltung schwer tragend häufig einseitige Bewegungen

Bei Minderjährigen bitte zusätzliche Angaben des Erziehungsberechtigten:

Vor- und Nachname

Geburtstag

Krankenversicherung / Medizinischen Daten

Pflichtversichert bei ÖGK BVAeb SVS

Privatversicherung bei _____

Hausarzt _____ Sozialversicherungsnummer _____

Allgemeine Angaben

Wie Sind sie auf meine Praxis gestoßen? _____

Waren sie schon mal in Chiropraktischer Behandlung? Nein Ja, zuletzt am _____

Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in), es ist wichtig, dass wir uns vor Beginn Ihrer Behandlung ein Bild Ihres Gesundheitszustandes machen können.

Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen:

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

Vorsorge Beschwerden/Schmerzen

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?

Seit wann haben Sie dieses Problem?

____ Tagen ____ Wochen ____ Monaten ____ Jahren Schon immer

Ihr Problem beeinträchtigt Sie beim

Arbeiten Schlafen Sitzen Laufen Entspannen

Haben Sie andere Therapeuten wegen dieses Problems aufgesucht? Nein Ja, zuletzt am _____

Haben Voruntersuchungen stattgefunden (Röntgen, CT, MRT, Orthopäde...)? _____

Frühere Therapien für dieses Problem _____

Tragen Sie Einlegesohlen?

Nie 1x/Woche 2x/Woche 3-4x/Woche 5-6x/Woche

Einlegesohlen _____

Hatten Sie in den letzten fünf Jahren Unfälle? (z.B. Auto, Fahrrad, Sportunfall)

Hatten Sie in den letzten zehn Jahren Operationen?

Haben Sie Prothesen und oder Metalle jeglicher Art im Körper?

Welche Krankheiten bestehen zurzeit?

Haben Sie in den letzten 3 Wochen mehr als 10kg verloren oder zugenommen? Ja Nein

Bestehen Allergien oder Nahrungsmittel Unverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen, Medikamente etc? Ja Nein

Welche: _____

Hier finden Sie sich wieder:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Armschmerzen
<input type="checkbox"/> Beinschmerzen
<input type="checkbox"/> Hüftschmerzen
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/> Nackenschmerzen
<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Schulterschmerzen | <input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus
<input type="checkbox"/> Gedächtnisverlust
<input type="checkbox"/> Gelenkprobleme
<input type="checkbox"/> geschwollen, steife Gelenke
<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung
<input type="checkbox"/> Herpes
<input type="checkbox"/> Herzjagen | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß
<input type="checkbox"/> Nasenbluten
<input type="checkbox"/> Nebenhöhlenprobleme
<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle
<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme
<input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Augenzucken
<input type="checkbox"/> Benommenheit
<input type="checkbox"/> Blutdruckprobleme
<input type="checkbox"/> Diabetes Melitus
<input type="checkbox"/> Ein-Durchschlaf Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Elektrisches Gefühl die Arme runter | <input type="checkbox"/> Herzstolpern
<input type="checkbox"/> Kiefergelenkprobleme
<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit
<input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden
<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Muskelprobleme | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma
<input type="checkbox"/> Schmerzen in der Herzgegend
<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Sehstörungen
<input type="checkbox"/> Skoliose
<input type="checkbox"/> Schwaches Immunsystem
<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme
<input type="checkbox"/> Wechselfahrtsbeschwerden |

Absolute Kontraindikationen - keine Behandlung AUSNAHMSLOS

- Osteoporose / Osteoarthritis /Steroidbehandlung
- Anomalien (Dens, Invagination, usw.)
- Akute Frakturen / Traumen
- Tumore (Rücken, Hirn, WS)
- Akute Infektion WS
- Hämatome im Rückenmark / Hirn
- Luxation eines Wirbels
- Eindeutiger Prolaps mit neurologischem Defizit
- Angeborene Hypermobilität
- Zeichen der Instabilität
- Angeborene Dysraphien (Rückenmark / WS)
- Metastasen
- Krebs in der Anamnese
- Multiborbider Zustand / Kombination von Krankheiten
- Arteriosklerose / Chronische Gefäßwandveränderung
- Interne Fixierungs-/Stabilisierungsvorrichtung(en)

Relative Kontraindikationen -

- Rheumatoide Arthritis
- Akute seronegative Spondylarthropathie
- Angst vor "dem Knacks"
- Über 70 Jahre alt
- Zerebrovaskuläre Insuffizienz
- Apoplex / Aneurysma – Schlaganfall/ Blutgefäßausweitung
- Antikoagulationstherapie / Blutdruckmittel
- Foramenstenose
- Gravidität /Schwangerschaft möglich
- Schwangerschaft bis zur 16 Woche
- Spondylolisthese Mayerordnung
1 [] 2 [] 3 [] 4 []

Kernig: 90 Grad Hüftebeugung (Sitzen am Rand = Der Unterschenkel kann im Kniegelenk aufgrund von im Zuge der Prüfung auftretenden Schmerzen, nicht vollständig gestreckt werden.

Lhermitte: Knie auf die Brust = Unangenehmes bzw. schmerhaftes oft elektrisierendes Gefühl in Arm, Rumpf, Beine)
Oder Patient Sitzt, Kopf wird nach Kaudal gedrückt = Unangenehmes bzw. schmerhaftes oft elektrisierendes Gefühl in Arm, Rücken.

Laseque-Zeichen: Im liegen bei Anhebung des Beines bis 45 Grad = scharfer Schmerz ins Bein bis unter das Knie einschießend.
Durch Innenrotation intensivierbar.

De Kleyn Test: Kopf in eine Postero Extension mit Rotation bringen und dann Kopf so weit "durchhängen" lassen wie möglich.
Den Patienten auffordern von 20 nach 1 zu zählen. Wenn Augen "zittern" anfangen oder das Zählen nicht ganz oder garnicht mehr funktioniert ist der Test Positiv.

FÜR THERAPEUT ZUM AUSFÜLLEN:

- Positives Laseque Zeichen
- Positives Kernig Zeichen
- Positives Lhermitte Zeichen
- Positiver HWS Test: Ligamentum transversum atlantis
- Positiver De Kleyn-Test

Kontraindikationsmässige Medikamente bei der Hochcervikalenbeh. und oder Traktionsbeh.

Antikoagulation (direkte und indirekte Blutungsgefahr):

- | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Eliquis | <input type="checkbox"/> Lixiana |
| <input type="checkbox"/> Kombiepreparate | <input type="checkbox"/> Heparine | <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |

Thrombozytenaggregationshemmer:

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> -Aspirin | <input type="checkbox"/> -Prasugrel | <input type="checkbox"/> Duale-Therapie | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |
| -Thrombo ASS | -Plavix | | |

Medikamente mit Hinwei auf Gefäßerkrankung bzw. Arteriosklerose:

Fettstoffwechsel:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> -Fluvastatin | <input type="checkbox"/> Sortis-, Crestor-, Zocor Generika/ Omacor |
| -Pravastatin | |
| <input type="checkbox"/> -Repatha | <input type="checkbox"/> Ezetimib/Lipanthyl |
| -Praluent | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |

Starke Opioide:

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> -Oxycodon | <input type="checkbox"/> -Morphin | <input type="checkbox"/> -Fentanyl | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |
| -Hydromorphon | -Tapentadol | -Buprenorphin | |

Medikamente mit Hinwei auf Osteoporose / Osteopenie:

Cortison/ Glucokortikoide:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> PrednisolonDecortin | <input type="checkbox"/> Medrol/Solu-Medrol | <input type="checkbox"/> Fortecortin | |
| <input type="checkbox"/> Celestan/Diproflos | <input type="checkbox"/> Dexamethason | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ | |

Infusionen:

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Urbason | <input type="checkbox"/> Volon | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |
|----------------------------------|--------------------------------|--|

Aromatasehemmer und Hormontherapeutika:

Aromatasehemmer:

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arimidex | <input type="checkbox"/> Femara | <input type="checkbox"/> Langzeit
Glukokortikoide | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|--|

Östrogenantagonist:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> -Tamoxifen HEXAL | |
| <input type="checkbox"/> -Nolvadex | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |
| -Faslodex | |

GnRH Analoga:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Buserelin | <input type="checkbox"/> Gosarelin | |
| <input type="checkbox"/> Triptorelin | <input type="checkbox"/> Leuprorelin | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |

Schmerzfreiheit beginnt hier!

Adresse: Fabrikstraße 4
8530 Deutschlandsberg

Telefon: +43 8181 2696 51

Internet: www.wirbelwelt.at

E-Mail: info@wirbelwelt.at

Behandlungsbereiche

Möglich:

Fuß

Knie

Scarum + Coccygis

Becken

ISG Beidseitig

LWK 1-5

THK 1-12

Rippengelenke 1-12

Schulter

Ellenbogen

Hand

C 0-7

Kiefer

Kontraindiziert:

FÜR THERAPEUT ZUM AUSFÜLLEN!

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ort, Datum _____ X _____

Unterschrift, bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des behandelnden Therapeuten


Westlandstrasse 20/2, 8530 Deutschlandsberg
0664 81 26 8651
www.wirbelwelt.at | info@wirbelwelt.at
Chiropäkter/Osteopath & Naturheilpraktiker

Datenschutzblatt

Ich, verstehe und akzeptiere, dass:

- Die von mir bereitgestellten persönlichen Daten ausschließlich zu administrativen und behandlungsbezogenen Zwecken verwendet werden.
- Alle Informationen, die während meiner Behandlung erhalten werden, vertraulich behandelt und gemäß den geltenden Datenschutzgesetzen geschützt werden.
- Mein Chiropraktiker keine Diagnosen stellt, sondern lediglich Annahmen über meinen Zustand auf der Grundlage meiner Symptome und körperlichen Untersuchungen trifft.
- Keine schriftlichen Befunde oder Diagnosen ausgestellt werden, sondern lediglich Behandlungspläne und Empfehlungen zur Verbesserung meines Wohlbefindens.
- Jegliche Offenlegung von Informationen an Dritte nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung erfolgt, es sei denn, dies ist gesetzlich vorgeschrieben.
- Ich das Recht habe, auf meine persönlichen Daten zuzugreifen, sie zu korrigieren oder zu löschen, indem ich meinen Chiropraktiker kontaktiere.
- Ich das Recht habe, eine Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einzureichen, wenn ich der Meinung bin, dass meine Datenschutzrechte verletzt wurden.
- Diese Zustimmung bleibt gültig und in Kraft, bis ich sie schriftlich zurückziehe. Ein schriftlicher Widerruf meiner Zustimmung kann an Wirbelwelt by Daniel Paul gesendet werden, da meine Daten für den oben genannten Zweck gespeichert und verwendet werden dürfen, solange diese Zustimmung nicht schriftlich zurückgezogen wird.

Ort, Datum

X

Unterschrift, bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters



Unterschrift des behandelnden Therapeuten

Bitte senden Sie das ausgefüllte und gespeicherte Formular per E-Mail an:

info@wirbelwelt.at Oder WhatsApp: +43 681 812 696 51

Haftungsausschluss: Verzichtserklärung

Ich, _____, wurde von Wirbelwelt by Daniel Paul ausdrücklich auf die Risiken der gewünschten Behandlung – insbesondere der Sanften Wirbelregulation – hingewiesen.

Mir wurde klar und verständlich erklärt, dass die Durchführung der Behandlung aufgrund meiner aktuellen gesundheitlichen Situation sowie möglicher fehlender medizinischer Unterlagen, wie z. B. Befunde, Röntgenbilder oder vergleichbare Diagnostik, erhebliche Risiken mit sich bringen könnte.

Es wurde mir bewusst gemacht, dass durch den Mangel an vollständigen medizinischen Informationen die Genauigkeit der Diagnose und Behandlung beeinträchtigt werden kann. Hierzu gehören unter anderem mögliche Verschlimmerungen bestehender Beschwerden, das Auftreten neuer gesundheitlicher Probleme sowie im Extremfall auch schwerwiegende Komplikationen bis hin zu lebensbedrohlichen Konsequenzen.

Trotz dieser ausführlichen Aufklärung und der Empfehlung, vor der Behandlung eine ärztliche Abklärung sowie gegebenenfalls bildgebende Diagnostik durchführen zu lassen, habe ich mich entschieden, die Behandlung ohne diese Unterlagen fortzusetzen/zu starten.

Ich bestätige hiermit, dass ich die möglichen Risiken dieser Entscheidung vollständig verstehe und erkläre mich damit einverstanden, dass Wirbelwelt by Daniel Paul, PAUL Daniel sowie das gesamte Behandlungsteam von jeglicher Haftung für Schäden, gesundheitliche Verschlechterungen oder sonstige negative Folgen, die im Zusammenhang mit der Behandlung entstehen könnten, freigestellt werden.

Weiterhin verzichte ich ausdrücklich auf mein Recht, rechtliche Schritte gegen Wirbelwelt by Daniel Paul einzuleiten, sollten infolge der Behandlung gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Folgeschäden auftreten.

Ich bestätige, dass ich alle Informationen zur Verzichtserklärung verstanden habe und freiwillig auf alle Ansprüche verzichte, die sich aus den beschriebenen Risiken ergeben könnten.

Ort, Datum

X

Unterschrift, bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters



Unterschrift des behandelnden Therapeuten

Bitte senden Sie das ausgefüllte und gespeicherte Formular per E-Mail an: info@wirbelwelt.at

Oder WhatsApp: [+43 681 812 696 51](tel:+436818126961)