

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
- frische Knochenbrüche / Verstauchungen
- diagnostizierte Osteoporose oder erhöhte Frakturgefahr
- Maligne Tumorerkrankungen
- **Über 70 Jahre alt**

Die SWM Osteopathische Behandlung dient der Verbesserung der Beweglichkeit von Gelenken sowie der Unterstützung der funktionellen Regulation des Bewegungsapparates.

Vor jeder Behandlung erfolgt eine Untersuchung, um mögliche Kontraindikationen oder Risikofaktoren auszuschließen.

Wie bei jeder medizinischen Behandlung können auch bei fachgerecht durchgeführten Manual-Mobilisierenden-Techniken (MMT) Nebenwirkungen auftreten.

Wirbelsäulenbehandlung

Sehr selten kann es bei vorgeschädigten Bandscheiben zu einer Reizung oder Schädigung einer Nervenwurzel kommen.

Mögliche Symptome können sein:

- Gefühlsstörungen (z. B. Kribbeln oder Taubheitsgefühl) in Armen oder Beinen
- Schmerzen entlang eines Nervs
- in seltenen Fällen motorische Einschränkungen oder Lähmungserscheinungen
- Verstärkung der Schmerzen im Schmerzbereich oder Austrahlend

In sehr seltenen Fällen kann es auch zu Nervenirritationen oder Nervenverletzungen kommen, die mit anhaltenden Gefühlsstörungen oder funktionellen Einschränkungen verbunden sein können.

Der Behandler führt eine Behandlung nur dann durch, wenn nach der Untersuchung keine erkennbaren Risikofaktoren vorliegen.

Eine Garantie für einen bestimmten Behandlungserfolg kann nicht gegeben werden.

Schröpfen:

Beim Schröpfen werden spezielle Schröpfgläser auf die Haut aufgesetzt, wodurch ein Vakuum entsteht. Dadurch kann die Durchblutung gefördert und muskuläre Spannung reduziert werden.

Mögliche Reaktionen sind:

- Hautrötungen
- leichte Schwellungen
- Hämatome (Blutergüsse)
- in seltenen Fällen Blasenbildung bei empfindlicher Haut

Diese Reaktionen sind in der Regel vorübergehend und klingen meist in 5-7 Tagen ab.

Behandlungsreaktionen

Nach der Behandlung können vorübergehend folgende Reaktionen auftreten:

- muskelkaterähnliche Schmerzen (1–4 Tage)
- Müdigkeit
- Kopfschmerzen
- vorübergehendes Instabilitätsgefühl im behandelten Bereich
- Verstärkung der Schmerzen im Schmerzbereich oder Austrahlend

Diese Reaktionen sind in der Regel harmlos und Teil der körperlichen Anpassungsreaktion.

Behandlungspause / Neupatientenregelung / Terminabsagen

Sollte zwischen zwei Behandlungen ein Zeitraum von mehr als 12 Monaten liegen, gilt die Patientin / der Patient organisatorisch als Neupatient.

In diesem Fall ist eine erneute ausführliche Anamnese und Untersuchung erforderlich. Es gilt der jeweils aktuelle Neupatiententarif.

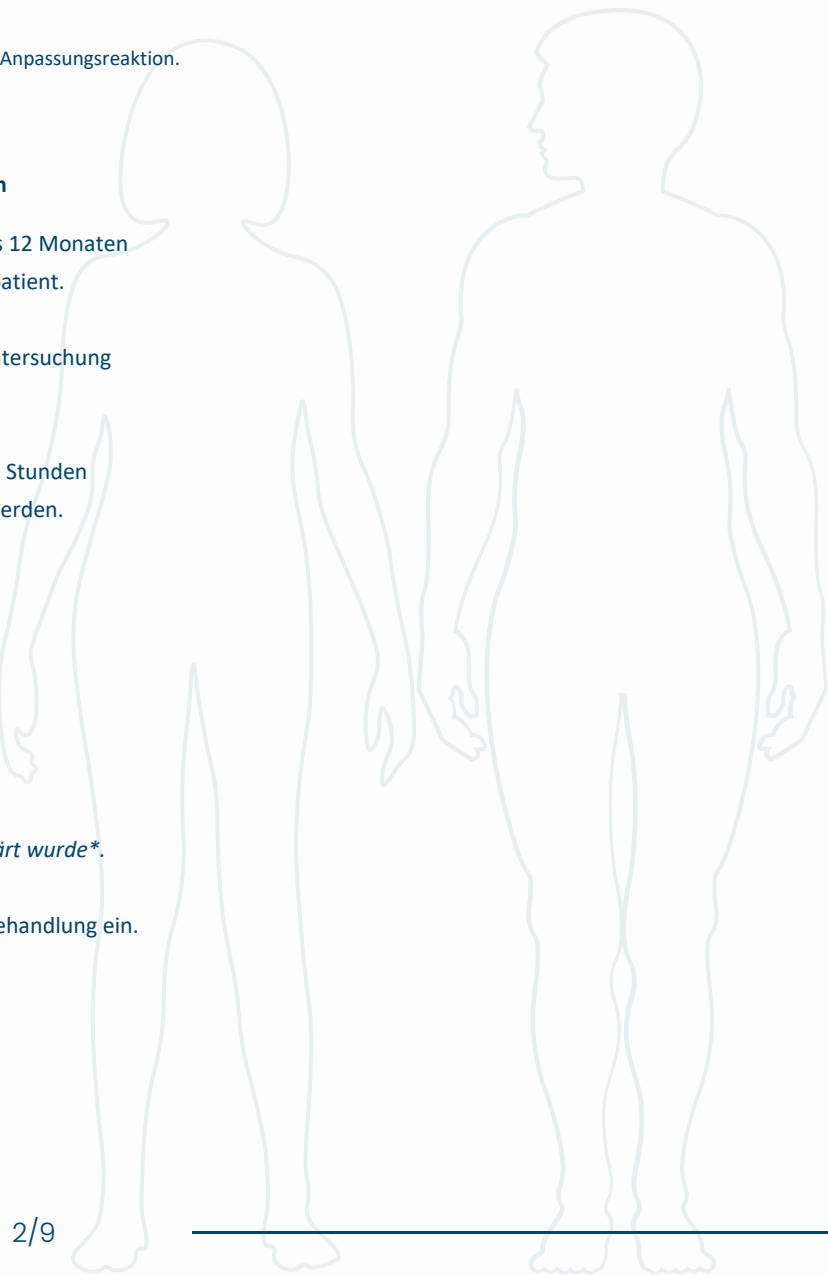
Nicht wahrgenommene Termine oder Absagen weniger als 24 Stunden vorher können mit einer Ausfallgebühr von 35 € verrechnet werden.

Einwilligungserklärung

Ich bestätige, dass ich über:

- Art der Behandlung
- mögliche Risiken und Nebenwirkungen
- alternative Behandlungsmöglichkeiten *verständlich aufgeklärt wurde**.
- Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen.
- Ich willige freiwillig in die vorgeschlagene Osteopathische Behandlung ein.

** Dazugehörige Unterschrift auf Seite 9*



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

Anmeldung

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?

Welche Krankheiten bestehen?

Haben Sie in Letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren oder zugenommen? Ja Nein

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

Welche: _____



Hier finden Sie sich wieder:

- Armschmerzen
- Beinschmerzen
- Hüftschmerzen
- Kopfschmerzen
- Nackenschmerzen
- Rückenschmerzen
- Schulterschmerzen

- Asthma
- Augenzucken
- Benommenheit
- Blutdruckprobleme
- Diabetes
- Ein-Durchschlafschwierigkeiten
- Elektrisches Gefühl die Arme runter

- Epilepsie
- Epstein-Barr-Virus
- Gedächtnisverlust
- Gelenkprobleme
- geschwollen, steife Gelenke
- Gleichgewichtsstörung
- Herpes
- Herzjagen
- Herzstolpern
- Kiefergelenkprobleme
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Lichtempfindlichkeit
- Menstruationsbeschwerden
- Migräne
- Muskelprobleme

- Nachtschweiß
- Nasenbluten
- Nebenhöhlenprobleme
- Ohrgeräusche
- Ohnmachtsanfälle
- Osteoporose**
- Schilddrüsenprobleme
- Schlaflosigkeit
- Schleudertrauma**
- Schmerzen in der Herzgegend
- Schwindel
- Sehstörungen
- Skoliose
- Schwaches Immunsystem
- Verdauungsprobleme
- Wechsejahresbeschwerden

Absolute Kontraindikationen für die spinale Therapie nach der WHO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angst vor Manipulationen | <input type="checkbox"/> Angeborene Hypermobilität |
| <input type="checkbox"/> Anomalien (Dens, Invagination, usw.) | <input type="checkbox"/> Zeichen der Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Akute Frakturen / Traumen | <input type="checkbox"/> Angeborene Dysraphien (Rückenmark / WS) |
| <input type="checkbox"/> Tumore (Rücken, Hirn, WS) | <input type="checkbox"/> Metastasen |
| <input type="checkbox"/> Akute Infektion WS | <input type="checkbox"/> Krebs in der Anamnese |
| <input type="checkbox"/> Hämatome im Rückenmark / Hirn | <input type="checkbox"/> Multiborbider Zustand / Kombination von Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Luxation eines Wirbels | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose / Gefäßwandveränderung |
| <input type="checkbox"/> Eindeutiger Prolaps mit neurologischem Defizit | <input type="checkbox"/> Interne Fixierungs-/Stabilisierungsvorrichtung(en) |

Relative Kontraindikationen für die spinale Therapie nach der WHO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis | <input type="checkbox"/> Antikoagulationstherapie / Blutdruckmittel |
| <input type="checkbox"/> Akute seronegative Spondylarthropathie | <input type="checkbox"/> Foramenstenose |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose / Osteoarthritis | <input type="checkbox"/> Gravidität möglich |
| <input type="checkbox"/> Steroidbehandlung bei Osteoporose | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft bis zur 16 Woche |
| <input type="checkbox"/> Zerebrovaskuläre Insuffizienz | <input type="checkbox"/> Spondylolisthese Mayerordnung
1 [] 2 [] 3 [] 4 [] |
| <input type="checkbox"/> Apoplex / Aneurysma – Schlaganfall/
Blutgefäßausweitung | |

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

Lhermitte: Knie auf die Brust = Unangenehmes bzw. schmerzhaftes oft elektrisierendes Gefühl in Arm, Rumpf, Beine)
Oder Patient sitzt, Kopf wird nach Kaudal gedrückt = Unangenehmes bzw. schmerzhaftes 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 einschließend.
Durch Innenrotation intensivierbar.

De Kleyn Test: Kopf in eine Posterio Extension mit Rotation bringen und denn 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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Positives Laseque Zeichen | <input type="checkbox"/> 3 Sicherheitstest für Obere HWS Positiv |
| <input type="checkbox"/> Positives Kernig Zeichen | <input type="checkbox"/> Positiver De Kleyn-Test |
| <input type="checkbox"/> Positives Lhermitte Zeichen | |

Kontraindikationsmässige Medikamente bei der Hochcervikalen Behandlung oder Traktionsbehandlungen:

Antikoagulation (direkte und indirekte Blutungsgefahr):

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Marcumar | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Racornal | <input type="checkbox"/> Lixiana |
| <input type="checkbox"/> Plavix | <input type="checkbox"/> Tiklyd | <input type="checkbox"/> Xarelto | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |

Nur Bedingt:

- | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirin / ASS | <input type="checkbox"/> Prasugrel | <input type="checkbox"/> Clopidogrel | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|

Medikamente mit Hinwei auf Gefässerkrankung bzw. Arteriosklerose:

Fettstoffwechsel:

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Atorvastatin | <input type="checkbox"/> Simvastation | |
| <input type="checkbox"/> Rosuvastatin | <input type="checkbox"/> Ezetimib | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |

Diabetis Melitus:

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Metformin | <input type="checkbox"/> Gliclazid | <input type="checkbox"/> Glibenclanid | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|

Medikamente mit Hinwei auf Osteoporose / Osteopanie:

Cortison/ Glucokortikoide:

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Prednislolon | <input type="checkbox"/> Flunisolid | <input type="checkbox"/> Beclomethason |
| <input type="checkbox"/> Cidesonid | <input type="checkbox"/> Bethametason | <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"/> Anastrozol | <input type="checkbox"/> Cotrozol | <input type="checkbox"/> Exemestan | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|

Östrogenantagonistin:

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

GnRH Analoga:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Buserelin | <input type="checkbox"/> Gosarelin | |
| <input type="checkbox"/> Gonadorelin | <input type="checkbox"/> Natarelin | <input type="checkbox"/> Andere Medikation _____ |

Adresse: Fabrikstraße 4
8530 Deutschlandsberg

Telefon: +43 8181 2696 51

Internet: www.wirbelwelt.at

E-Mail: info@wirbelwelt.at

Behandlungsbereiche

Möglich:

<input type="checkbox"/> Fuß
<input type="checkbox"/> Knie
<input type="checkbox"/> Sacrum + Coccygis
<input type="checkbox"/> Becken
<input type="checkbox"/> ISG Beidseitig
<input type="checkbox"/> LWK 1-5
<input type="checkbox"/> THK 1-12
<input type="checkbox"/> Rippengelenke 1-12
<input type="checkbox"/> Schulter
<input type="checkbox"/> Ellenbogen
<input type="checkbox"/> Hand
<input type="checkbox"/> C 0-7
<input type="checkbox"/> 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



Wirbelwelt
BY DANIEL PAUL
Fabrikstraße 4, 8530 Deutschlandsberg
0681 8126 6851
www.wirbelwelt.at | info@wirbelwelt.at
Chiropraktiker/Chiropractician

Unterschrift des behandelnden Therapeuten

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:

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

Ich, _____, bestätige hiermit, dass ich von der Praxis Wirbelwelt by Daniel Paul ausführlich über mögliche Risiken der geplanten Behandlung – insbesondere der sanften Wirbelregulation – aufgeklärt wurde.

Mir wurde verständlich erklärt, dass für eine möglichst sichere Beurteilung meines Gesundheitszustandes medizinische Unterlagen wie beispielsweise:

- ärztliche Befunde
- Röntgenbilder
- MRT / CT
- sonstige diagnostische Abklärungen

hilfreich oder in bestimmten Fällen medizinisch sinnvoll sein können.

Ich wurde darüber informiert, dass das Fehlen solcher Unterlagen die Beurteilung meines Gesundheitszustandes erschweren kann und damit auch gewisse Risiken bei der Behandlung nicht vollständig ausgeschlossen werden können. Zu den möglichen Risiken können unter anderem gehören:

- Verschlechterung bestehender Beschwerden
- Auftreten neuer Beschwerden
- Reizung von Nervenstrukturen
- in sehr seltenen Fällen auch schwerwiegendere gesundheitliche Komplikationen

Trotz dieser Aufklärung habe ich mich nach eigenem Entschluss dazu entschieden, die Behandlung ohne vorherige weiterführende ärztliche Diagnostik durchführen zu lassen.

Ich bestätige, dass:

- ich ausreichend Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen
- ich die Informationen verstanden habe
- meine Entscheidung freiwillig getroffen habe

Mir ist bewusst, dass der Behandlungserfolg nicht garantiert werden kann und dass medizinische Behandlungen grundsätzlich mit Risiken verbunden sein können.

Ich erkläre mich daher mit der Durchführung der vorgeschlagenen Behandlung unter den genannten Voraussetzungen einverstanden.

Ort, Datum

X

Unterschrift, bzw. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters



Wirbelwelt
BY DANIEL PAUL
Fabrikstraße 4, 8530 Deutschlandsberg
0681 8126 6961
www.wirbelwelt.at | info@wirbelwelt.at
Chiropraktiker/Osteopath & Kiropraktiker

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**