



## Aufnahmebogen

Pat.-Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

bei Kindern: Erziehungsberechtigter/Versicherter:

Name\*, Vorname\* \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Str./Hausnr.\* \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort\* \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ ggf Zusatzvers. \_\_\_\_\_

Tel.-nummer\*: \_\_\_\_\_ eMail\* \_\_\_\_\_

Haus- oder Kinderarzt: \_\_\_\_\_

*\*- bitte unbedingt für die weitere Kontaktaufnahme ausfüllen.*

*Sie werden Ihre Rechnung per eMail erhalten. Wenn Sie hiermit nicht einverstanden sind, sprechen Sie mich bitte direkt an.*

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Riedel, meine Patientendaten/die Daten meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/ Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

# Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_



Traten bei Blutsverwandten ( <i>vor allem Eltern, deren Geschwister, Großeltern, Nichten/Neffen</i> ) <b>Zwischenfälle</b> im Zusammenhang mit einer <b>manualmedizinischen Behandlung</b> auf?	ja/nein
Leiden Sie unter akuten <b>Nacken- oder Hinterkopfschmerzen</b> , verbunden mit einem ein- oder doppelseitigen <b>Rissgefühl im Nackenbereich</b> ?	ja/nein
Treten diese <b>Schmerzen</b> im Zusammenhang (zeitgleich) mit dem <b>Pulsschlag</b> auf?	
Treten <b>Hörgeräusche</b> im Zusammenhang (zeitgleich) mit dem Pulsschlag auf?	ja/nein
Hatten Sie in den letzten Tagen oder Wochen flüchtige <b>Lähmungserscheinungen</b> (z.B. an Armen, Händen, Beinen, Beinen, Füße, Zunge)? Wenn ja, welche:	ja/nein
Hatten Sie <b>Sehstörungen</b> (z.B. plötzlich auftretende Doppelbilder)?	ja/nein
Leiden oder litten Sie an <b>Schluckstörungen</b> ?	ja/nein
Traten bei Blutsverwandten gehäuft <b>Schlaganfälle</b> auf?	ja/nein
Nehmen Sie <b>Medikamente</b> ein? Wenn ja, welche:	ja/nein
Treiben Sie <b>Sport</b> ? Wenn ja, welchen:	ja/nein
Gab es bei Ihnen größere <b>Unfälle/Operationen</b> ? Welche:	ja/nein

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankung/en oder Anzeichen der Erkrankung?	
<b>Herz-/Kreislaufsystem</b>	
<i>Herzschmerzen</i>	ja/nein
<i>Rhythmusstörungen</i>	ja/nein
<i>hoher Blutdruck</i>	ja/nein
<i>Atemnot bei Belastung o.ä.</i>	ja/nein
Andere: welche:	
<b>Blutgefäße</b>	
<i>(Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen o.ä.)?</i>	
Wenn ja, welche:	ja/nein
<b>Atemwege/Lunge</b>	
<i>(Bronchitis, Asthma o.ä.)?</i>	
Wenn ja, welche:	ja/nein
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>	
<i>(Zuckerkrankheit, Gicht o.ä.)?</i>	
Wenn ja, welche:	ja/nein
<b>Bluterkrankungen</b>	
<i>(Nasenbluten, Gerinnungsstörungen o.ä.)</i>	
Wenn ja, welche:	ja/nein
<b>Schilddrüse</b>	
<i>(Unter- oder Überfunktion o.ä.)?</i>	
Wenn ja, welche:	ja/nein
<b>Nerven</b>	
<i>(Krampfleiden, Lähmungen o.ä.)?</i>	
Wenn ja, welche:	ja/nein
<b>Allergie/Überempfindlichkeit</b>	
<i>(Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente o.ä.)?</i>	
Wenn ja, welche:	ja/nein
<b>Andere Erkrankungen?</b>	
Wenn ja, welche:	ja/nein



## **Informationen zur Osteopathie-Sprechstunde**

*Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen*

### **Liebe Patientinnen, liebe Patienten, liebe Eltern,**

Sie oder Ihr Kind werden in meiner Praxis über die üblichen schulmedizinischen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren hinaus mit weiteren Therapieformen (z.B. Osteopathie) behandelt.

Es handelt sich hierbei um zum Teil sehr zeitaufwändige therapeutische Maßnahmen, die einer jahrelangen Zusatzausbildung bedürfen. Die Leistungen werden in Anlehnung an die Empfehlungen der osteopathisch-manualmedizinischen Fachgesellschaften und des BDOÄ (Berufsverband Deutscher Osteopathischer Ärztgesellschaften e. V.) / Stand: September 2015) gemäß §2 der Gebührenordnung privat in Rechnung gestellt.

Alle ärztlichen Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte zu den dort üblichen Steigerungssätzen abgerechnet und müssen infolgedessen vom Patienten privat bezahlt werden.

Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der privaten Krankenkassen enthalten sind, müssen gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte als sog. Analogziffern in Rechnung gestellt werden. Bei Privatpatienten übernehmen in der Regel die Krankenkassen diese Leistungen. Eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gegeben.

**Die Liste der üblichen analogen Abrechnungsziffern wurde Ihnen vorgelegt.**

---

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass bei mir / meinem Kind eine der vorgenannten Behandlungen sinnvoll ist. Über alternative Behandlungsmöglichkeiten fühle ich mich ausreichend informiert.

Ich willige ausdrücklich in eine privatärztliche Behandlung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ein.

<p><b>Die Unterschrift dokumentiert Ihr Einverständnis zur privatärztlichen Behandlung (gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen) im Sinne eines Behandlungsvertrages.</b></p>
---

---

Name des Patienten

Datum, Unterschrift

**Bitte beachten Sie:** Die Warteliste mit zum Teil sehr bedürftigen Patienten ist lange. Eine Absage vereinbarter Termine sollte nur in dringenden Fällen, muss spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werde ich Ihnen privat in Rechnung stellen!



## Manuelle Medizin - Untersuchung und Behandlung

### Liebe Patientinnen, liebe Patienten, liebe Eltern,

mit den Verfahren der Manuellen Medizin lassen sich Art und Ausmaß von Störungen des Bewegungssystems feststellen. Häufig können sie mit den typischen Behandlungstechniken behoben oder ihre Folgen gemindert werden. Die Manuelle Medizin stammt aus der Volksmedizin. Sie wurde in den letzten Jahrzehnten zu einer wissenschaftlich anerkannten, millionenfach bewährten Methode entwickelt.

Wichtigstes Instrument bei dieser Methode sind die Hände des Arztes. Im Folgenden gebe ich Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Methoden und Techniken der Manuellen Medizin.

- **Weichteiltechniken:** Drücken (Kompression), Reiben und Dehnen von Muskeln und Sehnen im Bereich von Funktionsstörungen an den Arm- und Beingelenken und der Wirbelsäule
- **Mobilisation:** wiederholte langsame Bewegungen erhöhen die Gelenkbeweglichkeit
- **Manipulation:** Handgrifftechnik zur Wiederherstellung der Gelenkbeweglichkeit. Hierbei wird mit einem kurzen "Ruck" die Beweglichkeit "blockierter" Gelenke wieder hergestellt
- **Neuro-muskuläre Behandlung:** Behebung von Funktionsstörungen der Muskeln und der Gelenke durch bewusstes Anspannen und Entspannen unter ärztlicher Anleitung mit oder ohne Dehnung durch den Behandler

Zur Durchführung der manuellen Untersuchung/Behandlung sitzen Sie/Ihr Kind in einer für den jeweiligen Handgriff geeigneten, möglichst entspannten Position oder werden auf einem Behandlungstisch gelagert.

Ich untersuche die Wirbelsäule vor der Behandlung mit der Handgrifftechnik, stelle den zu behandelnden Abschnitt der Wirbelsäule ein und führe bei einer Manipulation (s.o.) dann die diagnostische Probemanipulation durch.

Dabei bewege ich das Segment langsam in Richtung des vorgesehenen Handgriffes. Ergeben sich hierbei keine Anhaltspunkte, die gegen eine Behandlung sprechen, wird der therapeutische Handgriff gezielt mit einer kurzen schnellen Bewegung und mit geringem Kraftaufwand durchgeführt. Das gelegentlich hörbare Knackgeräusch ist zwar manchmal beeindruckend, aber völlig harmlos.

#### Mögliche Risiken und Nebenwirkungen:

Bei der manualmedizinischen Behandlung an **Armen oder Beinen** können vorübergehend muskeltäterähnliche Beschwerden auftreten. Schwerwiegende Risiken sind derzeit nicht bekannt.

Wird ein nicht erkannter **Bandscheibenvorfall** durch einen gezielten manualmedizinischen Eingriff aktiviert oder bestehen **Einengungen des Rückenmarkkanals** oder von Öffnungen an den Querfortsätzen der Wirbelkörper, kann es in sehr seltenen Fällen zu vorübergehenden aber auch zu bleibenden Lähmungen, Funktionsstörungen und Schmerzen in den Schultern, Armen oder Beinen kommen.

An der **Wirbelsäule** gibt es nach heutigem Wissensstand keine der Behandlung alleine anzulastenden Risiken. Für die insbesondere bei der Manipulation der Halswirbelsäule gefürchtete

Verletzung von Arterien oder Venen mit der Folge des Schlaganfalls gibt es **bei gesunden Blutgefäßen** keinen sicheren Hinweis.

Wenn allerdings eine nicht erkannte **Blutgefäßerkrankung** vorliegt, können sehr selten schwerwiegende Folgeschäden auftreten. Sie sollte mich auf jeden Fall dann darüber informieren, wenn

- ein akut aufgetretener Hinterkopfschmerz
- ein Kopfschmerz, der im Herzrhythmus pocht (pulssynchron)
- ein Hörgeräusch, das im Herzrhythmus pocht (pulssynchron)
- oder eine vielleicht auch nur kurzfristige Lähmung der Arme oder Beine vor einigen Tagen oder Wochen vorliegen.

Von den >10.000 Ärzten, die pro Jahr viele Mio. Wirbelsäulenbehandlungen durchführen, hat nur ein verschwindend geringer Teil schwerwiegende Schädigungen jemals selbst erlebt. In den wenigen Fällen, die überhaupt auftraten, ergab die nähere Prüfung, dass **meist nicht erkannte Vorschäden vorlagen, die auch ohne den Eingriff in absehbarer Zeit zu ähnlichen Schäden** hätten führen können.

Wie allgemein bekannt ist, sind auch kleine Nebeneingriffe oder Medikamenteneinnahmen nicht völlig risikofrei. So kann z. B. die Einspritzung in die Muskulatur oder in die Venen zu örtlichen Gewebeschäden (z. B. Spritzenabszess, Nekrosen, Venenreizungen) führen. Bitte fragen Sie mich, wenn Sie mehr wissen möchten !

Bei **Säuglingen und Kleinkindern** werden wegen der besonders zarten Gewebe und angesichts gefahrloser Alternativmethoden die klassischen Manipulation an der Halswirbelsäule (s. o.) nicht angewendet. Bei Säuglingen und Kleinkindern werden Behandlungstechniken genutzt, bei denen noch nie über Komplikationen berichtet wurde.

**Ich rate Ihnen zur manualmedizinischen Behandlung nur dann, wenn der zu erwartenden Heilerfolg die extrem seltenen Komplikationen deutlich überwiegt.**

Sollten Sie oder Ihr Kind nach einer manualmedizinischen Behandlung irgendwelche Beschwerden oder Missempfindungen haben, teilen Sie diese bitte mit.

**Eine vorübergehende Verstärkung der vorher vorhandenen Beschwerden für einige Stunden bis zu einem Tag ist möglich und ungefährlich!**

- ☐ Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen **und bin mit der Behandlung einverstanden**  
Ich wünsche hierzu ein zusätzliches Gespräch    ☐ ja / ☐ nein
- ☐ Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, **willige aber in eine Behandlung nicht ein**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_