



### **Patientenaufklärung und Aufnahmebogen (Stand 06.01.2021)**

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

### **Patientenaufklärung**

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

#### **1. Behandlung mit Pohltherapie® (Sensomotorische Körpertherapie nach Dr. Pohl):**

Ihre Beschwerden sollten vor der Behandlung unbedingt fachärztlich abgeklärt sein. Die Behandlungen können zum Teil schmerzhaft sein. Insbesondere die aktive Schmerzpunktbehandlung und die Bindegewebsbehandlung 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 in der Regel nach ein paar Tagen.

Außerdem können als kurzfristige vorübergehende Reaktionen Symptomverschlimmerung, Akutwerden einer chronischen Entzündung, Müdigkeit, Schwindel und Kopfschmerzen auftreten.

#### **2. Behandlung mit Physiotherapie:**

Je nach angewandter Methode kann es als Nebenwirkungen ebenfalls zu unter „Pohltherapie®“ beschriebenen Symptomen kommen.

#### **3. Behandlung mit Lymphdrainage:**

Es sollte keine Lymphdrainage erfolgen, bei Vorliegen

- einer akuten viralen oder bakteriellen Entzündung/Infekt,
- unbehandelter Mykosen (Pilzkrankungen),
- einer dekompensierten Herzinsuffizienz,
- einer akuten Thrombose,
- eines akuten, nässenden Ekzems.

Bitte sprechen Sie mich bei Fragen oder Unsicherheiten diesbezüglich an. Selbstverständlich führe ich alle Techniken nur in Absprache mit Ihnen durch. Sollten Sie während der Behandlung irgendwelche Beschwerden oder Missempfindungen haben, teilen Sie mir dies bitte sofort mit.

#### **4. 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.



## 5. Kosten und Abrechnung

Die Kosten pro Behandlungseinheit (1 Stunde) belaufen sich auf 80€. Für die erste Behandlung plane ich jeweils 1 ½ Stunden ein, um genug Zeit für eine ausführliche Anamnese zu haben.

Im Anschluss an jede Behandlung erhalten Sie von mir eine Rechnung, deren Kosten direkt in bar oder per EC-Karte zu zahlen sind. Falls Sie die Rechnung bei Ihrer Krankenkasse, Beihilfe oder Zusatzversicherung einreichen können, werde ich die durchgeführten Tätigkeiten nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH, PKV1) aufschlüsseln. Ich möchte Sie ausdrücklich darauf hinweisen, dass unabhängig von eventuell abweichenden Erstattungsbeträgen Ihrer Versicherung stets der volle Rechnungsbetrag zur Zahlung fällig ist. Bitte klären Sie bereits im Vorfeld, ob eine Kostenbezuschung oder Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse möglich ist.

## 6. Terminvereinbarung, Terminabsagen

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, das Honorar in voller Höhe in Rechnung. Für Termine, die nicht spätestens 24h vorher abgesagt werden, beträgt das Ausfallshonorar 50€/Stunde, es sei denn, ich kann den Termin noch anderweitig belegen.

## 7. 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.

Für die Behandlungsdokumentation erstelle ich gegebenenfalls Foto- oder Videoaufnahmen. Diese werden ausschließlich für diesen Zweck in einem geschützten Bereich gespeichert.

Ihnen steht das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.



## Patientenaufnahmebogen

Dieser Bogen dient dazu, eine sichere physiotherapeutische Behandlung zu gewährleisten und andere Beschwerdeursachen auszuschließen. Er ist Grundlage der genaueren physiotherapeutischen Untersuchung. Bitte versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, markieren Sie diese mit einem Fragezeichen. Offene Fragen werden in der Therapie besprochen. Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht.

### 1. Persönliche Angaben (bitte deutlich ausfüllen)

Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Besteht eine Zusatzversicherung oder Private Krankenversicherung? \_\_\_\_\_

### 2. Aktuelle Beschwerden mit Angabe, seit wann diese ungefähr bestehen:

- 
- 
- 
- 
- 

### 3. Berufliche Tätigkeit:

### 4. Tätigkeiten außerhalb des Berufs, Sport, Hobbies:

### 5. Hatten Sie in Ihrer Vergangenheit Operationen, Verletzungen (z.B. Brüche) oder Erkrankungen? Welche? Wann?

- 
- 
- 

### 6. Waren Sie aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden bereits bei Fachärzten und/oder anderen Therapeuten in Behandlung? Welche Untersuchungen/Therapien/Behandlungen hatten sie?

- 
- 
- 
-



*Im Folgenden bitte Zutreffendes ankreuzen:*

7. Fühlen Sie sich zurzeit generell unwohl oder krank?  Ja  Nein
8. Haben Sie Fieber, Schüttelfrost oder erhöhte Temperatur?  Ja  Nein
9. Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen?  Ja  Nein
10. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?  Ja  Nein
11. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Erbrechen?  Ja  Nein
12. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal?  Ja  Nein
13. Haben Sie Krankheiten oder Leiden wie
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Osteoporose                                       |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörungen            | <input type="checkbox"/> Krebs   |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose            | <input type="checkbox"/> Organerkrankungen (Herz, Niere, Leber, etc.)      |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen    | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, TBC, etc.) |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen |  |
- Sonstige: \_\_\_\_\_
14. Leiden Sie unter häufigen Infekten? (mehr als 5 Infektionen pro Jahr)  Ja  Nein
15. Haben Sie in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren?  Ja  Nein
16. Liegt/lag bei Ihnen eine Sucht-/Abhängigkeitserkrankung vor?  Ja  Nein
17. Haben Sie Bluthochdruck? (Systolisch > 140 mmHg / Diastolisch > 90 mmHg) \_\_\_\_/\_\_\_\_
18. Verlieren Sie manchmal das Bewusstsein?  Ja  Nein
19. Verlieren Sie manchmal ungewollt Harn oder Stuhl?  Ja  Nein
20. Kommt es zu Kraftverlust in Armen oder Beinen?  Ja  Nein
21. Haben Sie Probleme mit den Augen (Brille/Kontaktlinsen?) oder Ohren? \_\_\_\_\_
22. Haben Sie in der letzten Zeit Antibiotika genommen? Wenn Ja, welche?  
\_\_\_\_\_
23. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? \_\_\_\_\_

*Nach dem Erstgespräch:*

Hiermit erkläre ich,

- den Aufklärungsbogen (Stand 06.01.2021) gelesen zu haben,
- über mögliche Nebenwirkungen, Kosten und Absageregelung aufgeklärt worden zu sein,
- und bin mit der Erhebung der unter dem Absatz „Datenschutz“ genannten personenbezogenen Daten einverstanden.

Außerdem bestätige ich, dass ich von meiner Therapeutin in verständlicher Weise umfassend sowohl mündlich als 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 stimme einer Behandlung unter diesen Bedingungen zu.

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