

# Aufnahmebogen zur augmentierten Akupunktur nach Dr. Covic

## DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG gemäß Art. 7 DSGVO:

Patient: Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

Hiermit erteile ich meine **Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten / der Gesundheitsdaten meines Kindes** im Zusammenhang mit der Behandlung in der Praxis des datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikers **Thomas Früchtl, Sendlinger Str. 25, 80331 München**. Ein Datenschutzbeauftragter ist in dieser Praxis nicht erforderlich.

### Ich wurde darauf hingewiesen, dass:

- die Verarbeitung meiner Daten / der Daten meines Kindes zum Zweck der medizinischen Behandlung **erforderlich** ist.
- die Einwilligung die **Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten)** umfasst
- Meine Einwilligung **freiwillig erfolgt**. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir / meinem Kind hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Heilpraktiker erfolgen.

Zusätzlich wurde mir von dem o. g. verantwortlichen Heilpraktiker vor der Erfassung meiner Daten eine **Patienteninformation zum Datenschutz** in dieser Praxis ausgehändigt.

Die **Widerrufsbelehrung** habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen: *Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt (d.h. die bis dahin erhobenen Daten bleiben bis zum Ende der Aufbewahrungspflicht - i. d. R. 10 Jahre - gespeichert). Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.*

*Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf kann mündlich oder schriftlich erfolgen und ist zu richten an den o. g. datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktiker.*

### Freiwillige Angabe:

- Einwilligung zur datenschutzkonformen Kontaktaufnahme **per email** zum Zweck der Übersendung von behandlungsrelevanten Informationen, Befunden, Rezepten und der Rechnungsstellung

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten,  
bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters

<b>Patient: Name, Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Strasse, Hausnummer</b>	
<b>PLZ, Ort:</b>	
<b>Telefon / Handy:</b>	
<b>Email-Adresse:</b>	
<b>Haben Sie derzeit folgende Anzeichen?</b>	COVID-19-Symptome, Fieber, trockener Husten, Brustschmerz, Abgeschlagenheit, Geschmacksstörungen, Geruchsstörungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Beruf:</b>	
<b>Kosteninfo</b>	Das Honorar beträgt je nach Aufwand <b>70-80 €</b> . Wiederholung <b>innerhalb von 4 Wochen</b> möglich zum Honorar von <b>20-30 €</b> (reduzierter Aufwand).
<b>Krankenversicherung:</b>	<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse: Selbstzahlerleistung <input type="checkbox"/> private Zusatzvers. <input type="checkbox"/> Private Vollvers. <input type="checkbox"/> Bundes-/LandesBeihilfe
<b>Welche Allergie-Beschwerden haben sie momentan?</b>	<input type="checkbox"/> verstopfte Nase <input type="checkbox"/> laufende Nase <input type="checkbox"/> Niesreiz <input type="checkbox"/> Augenbrennen <input type="checkbox"/> Augenjucken <input type="checkbox"/> Tränenfluss <input type="checkbox"/> juckender Gaumen <input type="checkbox"/> Atembeschwerden <input type="checkbox"/> sonstige:
<b>Intensität der Beschwerden?</b>	<b>heute:</b> <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> keine <b>sonst:</b> <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> keine
<b>Bekannte Allergie</b>	<b>gegen Lokalanästhetika (Procain)?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Einnahme von anti-allerg. Medikam.?</b>	Name d. Medikaments: _____ Dosis: _____ wann war die letzte Einnahme?
<b>Wurde bei Ihnen die augmentierte Akupunktur bereits durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und wo? erfolgreich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
<b>Herzschrittmachert Träger?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: aus Sicherheitsgründen keine Therapie möglich!
<b>Bei Frauen:</b>	<b>Sind Sie derzeit schwanger?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Stillen Sie?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>In diesen Fällen sollte aus Sicherheitsgründen keine Therapie erfolgen!</b>
	<b>Haben Sie derzeit Ihre Periode?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?</b>	<input type="checkbox"/> Stammpatient von Frau HP Anna Kränzle <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung Herr / Frau _____ <input type="checkbox"/> sonstiges:

# Patientenaufklärung

<b>Patient: Name, Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	

Um eine Behandlung Ihrer **akuten Allergie** durchzuführen, ist bei Ihnen die Durchführung der **augmentierten Elektro-Akupunktur nach Dr. Covic** geplant.

## **Beschreibung:**

Mit einem Elektroakupunkturgerät werden zunächst die betreffenden Akupunkturpunkte auf Ihrer Haut aufgesucht. Unter Beachtung der Hygienevorschriften erfolgt nach einer Desinfektion der Hautstellen die Injektion eines schwachen Lokalanästhetikums (Procain 1-2%) in die oberen Hautschichten. Nach der Einführung von 2 Akupunkturnadeln erfolgt die elektrische Stimulation. Sie erhalten 4-6x für kurze Zeit (jeweils unter 1 Sekunde) eine ungefährliche elektrische Stimulation mit einem schwachen elektrischen Reiz-Strom, ähnlich wie bei Reizstromgeräten, die auch in der Physiotherapie verwendet werden (TENS-Geräte). Diese Behandlung ist nicht schmerzhaft, wird aber bisweilen von einigen Patienten als unangenehm und ungewohnt beschrieben.

## **Effekt:**

Der Effekt ist eine Linderung / Beseitigung der allergischen Beschwerden für eine unterschiedlich lange Zeitdauer. Bei den meisten unserer Patienten (ca. 90%) erfolgt eine Besserung oder Befreiung der allergischen Beschwerden nach der 1. Behandlung. Diese Besserung kann sofort eintreten oder aber auch erst innerhalb von 1-3 Tagen.

Schlägt die Behandlung einmal nicht an, kann die Therapie innerhalb von 4 Wochen zum reduzierten Preis (siehe Kosteninfo) wiederholt werden.

**Wir können (und dürfen aus rechtlichen Gründen) aber selbstverständlich keine Garantie für einen Behandlungserfolg übernehmen.**

## **Welche Komplikationen können auftreten? In selteneren Fällen kann es kommen zu:**

- Blutung an der Einstichstelle oder Bildung eines kleinen Blutergusses (Hämatom)
- Muskelkaterähnliche Nackenanspannung
- Vorübergehende Kreislaufschwäche
- Trotz sorgfältigen sterilen Vorgehens und Beachtung des geltenden Hygienestandards (Desinfektion, sterile Einmalnadeln etc.) kann wie bei jeder anderen Injektion das Risiko einer lokalen (ggf. auch eitrigen) Entzündung nicht vollständig ausgeschlossen werden (Risiko 1:35.000).
- In seltensten Fällen allergische Reaktion mit Juckreiz und Hautausschlag auf das verwendete Lokalanästhetikum Procain

Sollte bei Ihnen nach der Behandlung eine der obenstehenden oder anderweitige Reaktionen auftreten, so melden Sie sich bitte unverzüglich in meiner Praxis. In Notfällen konsultieren Sie bitte einen Arzt!

## **Einwilligungserklärung:**

Ich wurde über die Risiken der augmentierten Akupunktur-Behandlung informiert.

Über Behandlungsalternativen (sofern vorhanden) wurde ich aufgeklärt.

Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und keine weiteren Fragen.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten,  
**bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters**