

Aufnahmebogen zur augmentierten Akupunktur nach Dr. Covic

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG gemäß Art. 7 DSGVO:

Patient: Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

Einwilligung zur Verarbeitung der Gesundheitsdaten

Ich / wir bin / sind damit einverstanden, dass die **Heilpraktikerpraxis Thomas Früchtl** Daten zu meiner Gesundheit bzw. der Gesundheit meines/unseres Kindes (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung bzw. der Behandlung meines Kindes erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung der Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer elektronischen Patientenakte und ggf. in Papierform.

Hinweise:

1. Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen - nicht möglich; die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten.
2. Sie können Ihre erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit gegenüber uns **widerrufen**. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (*d.h. die bis dahin erhobenen Daten bleiben bis zum Ende der Aufbewahrungspflicht - i. d. R. 10 Jahre, in Einzelfällen auch länger - gespeichert*). Wir führen die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fort. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.
3. Bitte beachten Sie unser Merkblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“. Diese enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer.
4. Die Praxis übersendet den **Schriftverkehr an Sie** (also Ihre Befunde, Rechnungen, und sonstige Nachrichten an Sie über Ihre Behandlung) i. d. R. als **email** (datenschutzkonform als verschlüsseltes PDF mit passwortgeschütztem Downloadlink). Wir versenden keine Werbung o.ä. **Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie hiermit ein. Falls Sie das nicht wünschen, können Sie hier ankreuzen:**

- Nein, ich möchte alle Nachrichten an mich (Befunde, Rechnungen und sonstige behandlungsrelevante Infos per Brief und nicht per email erhalten.**
- Nein, ich möchte nur die Rechnungen per Brief erhalten, den Rest per email**

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

bei Personen zwischen 14 und 18 Jahren:

Unterschrift d. Sorgeberechtigten

Patient: Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Strasse, Hausnummer	
PLZ, Ort:	
Telefon / Handy:	
Email-Adresse:	
Haben Sie derzeit folgende Anzeichen?	COVID-19-Symptome? (Fieber, Husten, 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
Beruf:	
Impfungen	Letzte Impfung innerhalb eines Jahres (Art, Datum): Impfreaktion:
Kosteninfo	Das Honorar beträgt je nach Aufwand 70-80 € . Wiederholung innerhalb von 4 Wochen möglich zum Honorar von 20-30 € (reduzierter Aufwand).
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse: Selbstzahlerleistung <input type="checkbox"/> private Zusatzvers. <input type="checkbox"/> Private Vollvers. <input type="checkbox"/> Bundes-/LandesBeihilfe
Welche Allergie-Beschwerden haben sie momentan?	<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:
Intensität der Beschwerden?	heute: <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> keine sonst: <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> keine
Bekannte Allergie	gegen Lokalanästhetika (Procain)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Einnahme von anti-allerg. Medikam.?	Name d. Medikaments: _____ Dosis: _____ wann war die letzte Einnahme?
Wurde bei Ihnen die augmentierte Akupunktur bereits durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und wo? erfolgreich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
Herzschrittmacherträger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: aus Sicherheitsgründen keine Therapie möglich!
Bei Frauen:	Sind Sie derzeit schwanger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Stillen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Haben Sie derzeit Ihre Periode? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Stammpatient von Frau HP Anna Kränzle <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung Herr / Frau _____ <input type="checkbox"/> sonstiges:

Patientenaufklärung

Patient: Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

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!

Bei Vorhandensein eines Herzschrittmachers, Epilepsie, Schwangerschaft wird die Behandlung aus Sicherheitsgründen nicht durchgeführt, da keine Daten über Nebenwirkungen / Risiken vorliegen!

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 d. Sorgeberechtigten