

Aufnahmebogen zur augmentierten Akupunktur nach Dr. Covic

Einwilligung zur Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten

| | |
|-------------------------|--|
| Patient: Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |

Um eine fachgerechte Behandlung bei Ihnen bzw. Ihrem Kind zu ermöglichen, müssen wir entsprechende Gesundheitsdaten erheben und verarbeiten (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf). Ohne Ihre Einwilligung dazu ist keine Behandlung möglich. **Die erteilte Einwilligung können Sie ohne Angabe von Gründen jederzeit schriftlich widerrufen.** Dieser Widerruf gilt für die Zukunft, die bis dahin erhobenen Daten bleiben bis zum Ende der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert, also in der Regel 10 Jahre, in Einzelfällen auch länger. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.

Bitte beachten Sie unser Merkblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“. Diese enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Heilpraktikerpraxis Thomas Früchtl meine Gesundheitsdaten (bzw. die meines/unseres Kindes) zu dem vorgenannten Zweck erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung der Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer Patientenakte (elektronisch und in Papierform).

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis den **Schriftverkehr an mich als email verschickt.** D.h., es werden Befunde, Rechnungen, und sonstige behandlungsrelevante Nachrichten datenschutzkonform als verschlüsseltes PDF mit passwortgeschütztem Downloadlink versendet. Es wird keine Werbung o.ä. verschickt. Mit meiner Unterschrift willige ich hierin ein.

Nein, ich möchte stattdessen Nachrichten an mich per Post erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigte/r

| | |
|--|---|
| Patient: Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Strasse, Hausnummer | |
| PLZ, Ort: | |
| Telefon / Handy: | |
| Email-Adresse: | |
| Beruf: | |
| Kosteninfo | Zahlungsweise: wenn möglich Barzahlung Das Honorar beträgt je nach Aufwand 80-85 € . Wiederholung innerhalb von 4 Wochen möglich (25-30 €) |
| Krankenversicherung: | <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse = Selbstzahlerleistung <input type="checkbox"/> private Zusatzvers. <input type="checkbox"/> Private Vollvers. <input type="checkbox"/> Beihilfe |
| 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 |
| Aktuelle Medikamente? | Name d. Medikaments: _____ Dosis: _____ wann war die letzte Einnahme? _____ |
| Vorliegen von Grunderkrankungen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Diagnose _____ |
| 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"/> 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:

Unter Beachtung der Hygienevorschriften erfolgt die Lokalisation der Akupunkturpunkte auf Ihrer Haut und anschließender Injektion eines schwachen Lokalanästhetikums (Procain 1-2%) in die oberen Hautschichten. Nach dem Einsetzen von 2 Akupunkturnadeln erfolgt die elektrische Stimulation. Sie erhalten eine kurze (Sekundenbereich) und ungefährliche elektrische Stimulation mit einem schwachen elektrischen Reizstrom, ähnlich wie bei Reizstromgeräten, die auch in der Physiotherapie verwendet werden (TENS-Geräte). Die 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 erfolgt eine Besserung oder Befreiung der allergischen Beschwerden nach der Behandlung. Die Besserung kann sofort eintreten oder auch erst nach 1-3 Tagen.

Schlägt die Behandlung einmal nicht an, kann die Therapie nach etwa 1 Woche (maximal 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:

- Leichte vorübergehende Nackenanspannung
- Vorübergehende Kreislaufschwäche
- In seltensten Fällen Entzündung an der Einstichstelle.
- In seltensten Fällen allergische Reaktion mit Juckreiz und Hautausschlag

Sollte bei Ihnen nach der Behandlung eine Reaktion auftreten, so melden Sie sich bitte in meiner Praxis.

Bei Vorhandensein eines Herzschrittmachers, Epilepsie, Schwangerschaft & Stillzeit 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 Patient / Sorgeberechtigter/r