

Name: ..... Geb.: .....

Strasse : .....

PLZ : ..... Wohnort : .....

Telefon : .....

Datum : .....

Beruf ? .....

Vorrangige Arbeitshaltung (sitzen, stehen, gehen) ? .....

Arbeitsbelastung (tragen, heben, Zwangshaltung) ? .....

Seit wann Beschwerden ? .....

Deswegen schon ärztl. Untersuchung? .....

Wenn ja, welches Ergebnis ? .....

Haben Sie bei einem Arzt /anderen Therapeuten bereits ein Informations- und Aufklärungsgespräch geführt?.....

Welche Behandlungsmaßnahmen?.....

Gab es dabei Probleme ? .....

Nehmen Sie Medikamente ein ? .....

Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (Marcumar, Aspirin) ? .....

Schlafmittel, Abführmittel, Muskelrelaxantien, Entzündungshemmer ? .....

Sind oder waren Organe bzw. Organsysteme erkrankt ? .....

Herz-/Kreislaufsystem: Angina pectoris, Herzinfarkt ? .....

Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot ? .....

Gefäße: Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen ?.....

Atemwege/Lunge: Chronische Bronchitis, Asthma, TBC ? .....

Stoffwechselerkrankung: Diabetes, Gicht ? .....

Blut: Gerinnungsstörung ? .....

Nerven: Lähmungen, Epilepsie, Gefühlsstörung ?.....

Allergie oder Überempfindlichkeit ? .....

Leiden Sie an anderen Erkrankungen ? .....

Schwanger ? .....

Sport ? .....

Knochenbrüche, Band- oder Gelenkverletzung ?.....

Schleudertrauma ? .....

Osteoporose ? .....

Operationen ? .....

Metallimplantate oder Andere ? .....

**Aktuelle Beschwerden ?** .....

.....

.....

**Delegation zum Arzt wegen :** .....

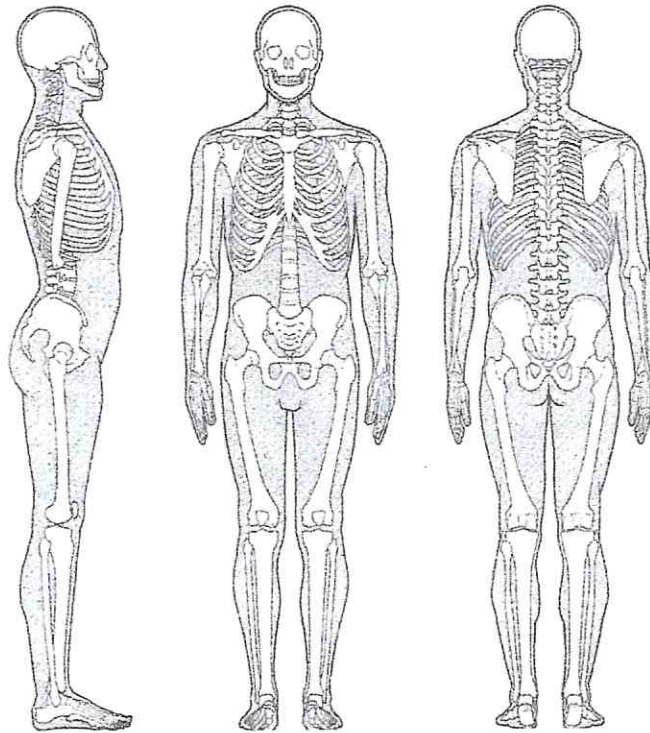
Haben Sie eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht ausgestellt ? Ja / nein

Ist für Sie eine Betreuung eingerichtet ? Ja / nein

**Befund :** .....

.....

.....



**Diagnose/Wesentliche Umstände für die Behandlung/prognostische Einschätzung :**

.....

.....

.....

**Therapie einschließlich nach der Therapie gebotene Maßnahmen, Art, Dauer :**

.....

.....

.....

**Aufklärung, §630 e BGB (Art, Umfang, Durchführung und Folgen der Behandlung, Risiken, Notwendigkeit, Erfolgsaussichten in Bezug auf Diagnose und Therapie :**

.....

.....

.....

**Patientenerklärung**  
Ich bin vom Therapeuten untersucht worden, habe sämtliche Informationen, die für mich relevant sind, erhalten und bin vollumfänglich aufgeklärt worden, auch über mögliche Alternativen zu der Behandlung. Weitere Fragen habe ich nicht. Ich verzichte auf weitere Informationen/Aufklärungen, weil ich sie für meine Einwilligungentscheidung nicht benötige. Ich willige in die oben beschriebene Therapie für die gesamte Behandlungsdauer ein. Ich untersage die Einsichtnahme anderer Personen und Organisationen in die Behandlungsdokumentation.

**Ort:** ..... **Datum:**..... **Unterschrift Patient:**