

Aufnahmebogen und Aufklärung zur Behandlung

(Bitte vollständig ausfüllen und am Ende des Dokumentes unten auf Seite 3 unterschreiben.)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon Nr. Mobil

Emailadresse

Krankenkasse

Beruf/frühere Tätigkeit

Hausarzt

Familienstand

Kinder

Schulmedizinische Diagnosen/ Erkrankungen/ Operationen

aktuelle Medikamente

Geschäftsbedingungen und Aufklärung zur Behandlung in der Praxis Dr. Bothmann

Behandlungskosten und Abrechnung: Sie haben sich für eine Behandlung mit alternativen Heilmethoden entschieden. Diese Behandlungsmethoden werden Ihnen privat in Rechnung gestellt. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte direkt im Anschluss an die Behandlung.

TCM Praxis: In dieser Praxis wird nur im Rahmen der traditionellen chinesischen Medizin behandelt. Es erfolgt KEINE westlich-medizinische Diagnostik (Laboruntersuchung, Sonographie, EKG etc.) für diese Fragestellungen müssen Sie sich an Ihren Hausarzt wenden. In der Schwangerschaft dürfen einige Therapieformen nicht angewendet werden. Sie erklären mit Ihrer Unterschrift unten, der Praxis dieses sofort schriftlich mitzuteilen, falls eine Schwangerschaft besteht und eine evtl. laufende Therapie sofort zu unterbrechen.

Datenverarbeitung/Speicherung: Die Patientendaten/Informationen aus den Vorgängen in dieser Praxis werden elektronisch gespeichert. Es besteht immer die Gefahr, dass Daten/Informationen auf irgendeine Weise in fremde Hände gelangen. Mit der Unterschrift unten bestätigen Sie, trotzdem mit der elektronischen Speicherung der Daten einverstanden zu sein und Ihre Daten/Informationen auf eigene Gefahr zur Verfügung zu stellen. Sie können Ihr Einverständnis zu diesem Punkt jederzeit widerrufen, Ihre Daten werden in diesem Fall aus unserem System gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, daß meine medizinischen Befunde (inklusive eines Zungenfotos) anonymisiert für Lehrzwecke verwendet werden und verzichte gleichzeitig auf alle Rechte daran. (Wenn nicht zutreffend, diesen Absatz bitte streichen)

Mögliche Nebenwirkungen und wichtige Hinweise zu den Behandlungsarten:

Akupunktur: Müdigkeit und eingeschränkte Reaktionsfähigkeit; kleinere Blutergüsse (Vorsicht bei blutverdünnenden Medikamenten, bitte unbedingt angeben); selten vegetative Kreislaufreaktionen mit Blutdruckabfall und Kreislaufstörungen; sehr selten Nervenirritationen mit Mißempfindungen.

Arzneimitteltherapie: Unverträglichkeit, Verdauungsstörungen, allergische Reaktionen, Müdigkeit mit eingeschränkter Reaktionsfähigkeit, Blutungen. Im Rahmen der Arzneitherapie werden Substanzen eingesetzt, für die nach westlichen Maßstäben oft keine Untersuchungen bezüglich deren Inhaltsstoffe und der Wirkungen auf den Körper vorliegen. Die Auswahl der Kräuter erfolgt anhand der Symptome gemäß den traditionellen Behandlungsprinzipien. Sie nehmen die Arzneien auf eigenes Risiko und erklären mit Ihrer Unterschrift, bei Auftreten von Beschwerden, Unwohlsein etc. die Einnahme sofort zu stoppen und Rücksprache zu halten.

Übungsanleitung: Alle Übungen sollten nur mit einem angenehmen Übungsgefühl durchgeführt und bei Beschwerden sofort unterbrochen werden. Alle Übungen sind freiwillig.

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die andernorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitig vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird.“

Erklärung des Patienten/eines Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen:
Ich bin ausführlich und ausreichend über den Behandlungsablauf und die Modalitäten sowie eventuelle Nebenwirkungen und Risiken aufgeklärt worden und ich bin mit den Bedingungen und der Behandlung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/eines Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen