

Patienteninformation

Orthopädische Praxis

Dr. Klügel

Geilenkirchen

Martin-Heyden-Str. 15

02451/80 23

----- Patientenname und Adresse-----

**Name,
Vorname**

Geburtsdatum

**Straße,
Haus-Nr.**

PLZ, Ort:

Telefon:

Beruf:

Hausarzt:

Liebe Patientin, lieber Patient!

Aus organisatorischen Gründen bitte ich Sie, nachfolgende vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Informationen durchzulesen und die Kenntnisnahme durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

1) Bei jeder Injektion oder Blutentnahme wird die intakte Körperoberfläche (Haut) verletzt. Selten kann es durch Verletzung von Nerven oder Blutgefäßen zu Nervenschädigung oder Blutergüssen kommen. Grundsätzlich besteht auch bei sorgfältigster Hygiene die Gefahr einer Entzündung mit Eiterung. Ich bitte um sofortige Anzeige aufgetretener Komplikationen, damit ich dann durch geeignete Maßnahmen umgehend deren sinnvolle Behandlung einleiten kann.

2) Injektionen, welche auch die **Betäubung** von Nerven zum Ziel haben (z.B. Schmerztherapie im Lenden-, Hüft-, Nacken- oder Armbereich) können das Gefühl und die Kraft zugehöriger Muskeln stören. Bitte beachten Sie, dass das normale Gehen und Handeln und damit auch Ihre eigene Sicherheit im Straßenverkehr hierdurch vorübergehend beeinträchtigt werden kann.

3) Medikamente, die Sie verordnet bekommen, können Nebenwirkungen haben wie z.B. Magenbeschwerden oder Beeinträchtigung der Straßenverkehrstauglichkeit o.ä. Sie werden entsprechend informiert und gebeten, den jeweiligen Beipackzettel zu studieren. Bei Problemen bitten wir um kurzfristige Rücksprache, evtl. auch telefonisch.

4) Bei der Chirotherapie handelt es sich um eine sehr wertvolle und dankbare Behandlungsform, mit der Funktionsstörungen der Bewegungsorgane erkannt und behandelt werden können.

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass Sie als Patienten darüber informiert werden müssen, dass es bei Manipulationen insbesondere an der Halswirbelsäule in sehr seltenen Fällen zu Verletzungen z.B. von Gefäßen mit Störungen der Blutversorgung im Gehirn kommen kann. Ebenso selten kann es z. B. bei einem bis dahin symptomlosen Bandscheibenvorfall zur Auslösung akuter Beschwerden kommen. Dies kann auch durch einen anderen "banalen Auslöser" wie z.B. Husten oder ungeschicktes Bücken auftreten. Sollten bei Ihnen ungewöhnliche Symptome auftreten, z.B. verstärkte Beschwerden oder Kopfschmerzen/Schwindel nach chirotherapeutischer Manipulation an der Halswirbelsäule, möchte ich Sie bitten, weiter zur Beobachtung in meiner Praxis zu bleiben bzw. umgehend einen Arzt zu informieren.

5) Gegebenfalls muss ein orthopädisches **Hilfsmittel** verordnet werden, das in Orthopädiefachgeschäften besorgt werden kann. Auf Wunsch bieten wir eine Sofortversorgung (Notfallversorgung) direkt in unserer Praxis an. Die Bereitstellung der Hilfsmittel erfolgt über den Fachhandel. Privatpatienten erhalten über jedes Hilfsmittel unmittelbar vom jeweiligen Fachgeschäft eine Rechnung. Kassenpatienten erhalten eine Rechnung über den von der zuständigen Krankenkasse geforderten Selbstkostenanteil.

6) Meine Praxis wird weitgehend als **Bestellpraxis** geführt, da insbesondere bei speziellen Untersuchungen oder Behandlungen besondere technische und personelle Vorbereitungen getroffen werden müssen. So können vereinbarte Termine eher pünktlich eingehalten werden. Sollten Sie einen vereinbarten Untersuchungs- oder Behandlungstermin nicht einhalten können, so bitte ich um rechtzeitige Absage, damit ich kurzfristig umdisponieren kann. Bei unentschuldigtem Versäumen eines Termins wird Ihnen ein Betrag von 20,- € in Rechnung gestellt werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, diesen Bogen zur Kenntnis genommen zu haben und bestätigen, dass Sie den Inhalt vollständig verstanden haben. Für evtl. Rückfragen stehe ich Ihnen während der Sprechstunde zur Verfügung. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Behandlung ein, sofern ich sie als Arzt in Ihrem Fall für medizinisch angebracht halte. Sie sind außerdem mit der Weitergabe der Gesprächsinhalte und Untersuchungsbefunde an Ihre betreuenden Ärzte einverstanden.

Geilenkirchen, den _____

Unterschrift Patient/ggf. Erziehungsberechtigter _____