



Vielen Dank, dass Sie sich für einen Besuch bei TCM International entschieden haben. Bevor wir mit einer Behandlung beginnen können, benötigen wir einige persönlichen Angaben, die ausschließlich für interne Zwecke benutzt werden.

Patienteninformationen

Name: _____

Bei Minderjährigen Name des Erziehungsberechtigten _____

Geburtsdatum: _____

Adresse _____

Telefonnr _____

Email _____

Notfallkontakt/Name und Tel Nr _____

Krankenversicherung _____

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? _____

Beruf _____

Hausarzt/Name/Tel _____

Wie haben Sie von uns gehört? _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____



Patientenaufklärung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

zur Therapie Ihrer Beschwerden habe ich Ihnen die Akupunktur oder Laser Akupunktur als Therapie empfohlen. Was ist Akupunktur? Akupunktur ist ein Teilgebiet der traditionellen chinesischen Medizin (TCM). Sie geht von Lebensenergien des Körpers aus (Qi), die auf Meridianbahnen zirkulieren und einen steuernden Einfluss auf alle Körperfunktionen haben. Ein gestörter Energiefluss wird für Erkrankungen verantwortlich gemacht und durch Stiche /Laserstrahlen in auf den Meridianen liegenden Akupunkturpunkte ausgeglichen. Bei eng verwandten Methoden wird stumpfer Druck auf die Punkte ausgeübt (Akupressur) oder sie werden erwärmt (Moxibustion/TDP Lampe). Diese Therapie hat sich in unserer Praxis besonders in der Schmerztherapie bewährt. Welche Komplikationen können auftreten? Es kann an der Einstichstelle bluten oder sich auch ein kleiner Bluterguss (Hämatom) bilden (nicht bei Laserakupunktur). Die Laser Akupunktur erfordert das Tragen einer Schutzbrille, die von unserer Praxis zur Verfügung gestellt wird. Akupunktur / Laser Akupunktur kann zeitlich begrenzte Wirkungsreaktionen auslösen. Es kann zu folgenden Erscheinungen kommen: Müdigkeit und eine tiefwirkende Entspannung. Bitte beachten Sie, dass dadurch die Verkehrstüchtigkeit eine gewisse Zeit eingeschränkt sein kann. Ferner Kreislaufschwäche, Schwitzen, Schwächegefühl oder Schlafstörungen. Durch die Nutzung von sterilen Einmalnadeln besteht ein nur sehr geringes Risiko einer lokalen und allgemeinen Entzündung. Die Verletzung innerer Organe wird in Einzelfällen beschrieben (z.B. Lunge mit Ausbilden eines sogenannten Pneumothorax) bei Nadelung in dem entsprechenden Bereich. Bei Laser Akupunktur bestehen diese Risiken nicht. Wenn Sie eine Akupunktur /Laser Akupunktur- Behandlung nicht wünschen, teilen Sie es mir bitte mit! Ich werde dann nach Alternativen suchen, soweit diese medizinisch in Betracht kommen.

Einwilligungserklärung: Ich wurde über die Risiken der Akupunktur / Laser Akupunktur-Behandlung informiert. Ich habe die Patientenaufklärung verstanden und keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Wichtiger Hinweis: Sollten Sie eine TCM Kräuterrezeptur verordnet bekommen haben und im Verlauf der Einnahme sich zufällig einen grippalen Infekt zuziehen, halten Sie bitte Rücksprache. Manche Kräuter sollten während einer Erkältung pausiert werden.

Unsere Behandlungen sind eine reine Privatleistung (Wahlarztleistung). Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Zusatzkrankenkasse, inwiefern naturheilkundliche Therapien /Laser Akupunkturbehandlungen übernommen werden. Sie können nach jeder Sitzung in bar oder Bankomat Karte bezahlen.

Sollten Sie an einem Termin verhindert sein, bitten wir Sie mindestens 24 Std vorher abzusagen, da wir die Zeit fest für Sie reserviert haben. Bei Nichteinhaltung müssen wir Ihnen eine Aufwandsentschädigung von EUR 80, - berechnen, falls wir den Termin nicht mehr rechtzeitig vergeben können.

Ich habe obige Erklärung verstanden und bin damit einverstanden.

Ort, Datum _____

Name der Patientin/ des Patienten _____

Unterschrift: _____



Anamnesebogen

Patientenname _____

Alter _____

Aktuelle Beschwerden _____

Seit wann bestehen diese Beschwerden? _____

Haben Sie eine Diagnose für diese Beschwerden erhalten? Wenn ja, welche? _____

Welche Therapie haben Sie bereits versucht? _____

Wodurch werden die Beschwerden besser? _____

Wodurch werden die Beschwerden schlechter? _____

Leider jemand in Ihrer Familie an demselben Problem? _____

Haben Sie aktuelle Testergebnisse/Befunde (Blutbild, MRT, Röntgen, Ultraschall etc)? _____

Vorerkrankungen:

Krebs Diabetes Hepatitis Schilddrüsenerkrankung Krampfanfälle/Epilepsie Fibromyalgie

Polyarthrit TB Anämie hoher Blutdruck Atemwegserkrankungen Herzerkrankungen

Verdauungsbeschwerden HIV/AIDS positiv Geschlechtskrankheiten Andere: _____

Operationen/Jahr _____

Krankenhausaufenthalte _____

Traumata _____

Allergien/Unverträglichkeiten _____

Medikamente:

Wirkstoff	Dosis	Darreichung	Seit

Wie oft hatten Sie in den letzten 10 Jahren eine Antibiotikatherapie:

0 mal ____ 1-2 x ____ 3-5 x ____ mehr als 5 x ____

Rauchen Sie? ____ Wenn ja, wieviel? ____ Falls ja, möchten Sie mit dem Rauchen aufhören? Wenn ja, wie motiviert sind Sie auf einer Skala von 1-bis 10? ____

Wieviel Alkohol trinken Sie pro Woche? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen und wie oft pro Woche? _____

Wieviel Tassen Kaffee trinken Sie täglich? _____

Wieviel Wasser trinken Sie täglich? _____

Sind Sie Vegetarier? ____ Essen Sie oft scharfe Speisen? ____

Woraus besteht eine typische Mahlzeit auf Ihrem Speiseplan?

Frühstück _____

Mittagessen _____

Abendessen _____

Zwischenmahlzeit _____

Wo haben Sie Beschwerden? (bitte mit „X“ kennzeichnen)

