

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor Beginn der Behandlung möchte ich Sie auf einige Wichtige Dinge hinweisen.

Bitte lassen Sie Ihre Beschwerden vor Beginn der Behandlung fachärztlich abklären. Bringen Sie zur Behandlung evtl. vorhandene Befunde etc. mit. Für die Pohltherapie teilen Sie mir bitte vorher auch mit, wenn Sie Blutgerinnungshemmer einnehmen (z.B. ASS, Marcumar o.Ä.)

Die Pohltherapie ist ein körpertherapeutisches Verfahren. Die Behandlung kann teilweise schmerzhaft sein. Die von mir eingesetzten Behandlungstechniken wie die aktive Schmerzpunktbehandlung und die Bindegewebsbehandlung verursachen während der Behandlung unterschiedlich starken Schmerz. In den Tagen nach der Behandlung entwickeln sich häufig als Nachwirkung Berührungsempfindlichkeit oder muskelkaterartiger Schmerz an den behandelten Stellen. Weiterhin können auch blaue Flecken entstehen.

Diese Wirkungen der Behandlung sind unbedenklich und verschwinden in der Regel nach ein paar Tagen. Weiterhin möchte ich Sie darauf hinweisen, dass direkt nach der Behandlung sich meist ein Gefühl von Erschöpfung einstellt. Nehmen Sie sich also nach der Behandlung am besten etwas Zeit um sich auszuruhen. Die im Körper angestoßenen Veränderungsprozesse beginnen dann zu wirken und verursachen diese Erschöpfung.

Bei der homöopathischen Behandlung kann nach der Einnahme der Arznei eine sogenannte Erstreaktion auftreten. Diese äußert sich ggf. als vorübergehende Verschlimmerung Ihrer Symptome. Es handelt sich hierbei um eine Heilreaktion des Organismus, die in der Regel nach ein paar Tagen zurückgeht. Sollte dies nicht der Fall sein oder die Reaktion sehr heftig sein oder sollten neue bisher nicht aufgetretene Beschwerden und Symptome hinzukommen, rufen Sie mich bitte an, damit ich die Reaktion einschätzen und ggf. die Arzneigabe anpassen kann.

Kosten

Die Kosten für die Behandlung betragen 90 Euro pro Stunde. Die privaten Krankenversicherungen und Zusatzversicherungen tragen die Kosten teilweise je nach Vertragsbedingungen. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten nicht. Unabhängig von den Erstattungsbeträgen Ihrer Versicherung ist der volle Rechnungsbetrag fällig.

Termine

Meine Praxis ist eine Bestellpraxis. Termine können nur nach Vereinbarung wahrgenommen werden. Ich halte die Termine für Sie frei und kann sie bei kurzfristigen Absagen in der Regel nicht neu vergeben. Daher berechne ich für Termine, die Sie ohne Absage nicht wahrnehmen oder erst am Tag selber absagen, das Honorar in voller Höhe. Für Termine, die weniger als 24 Stunden vorher abgesagt werden, berechne ich ein Ausfallhonorar von 50 Euro, es sei denn ich kann den Termin noch anderweitig belegen.

Beim ersten Termin erhebe ich eine Anamnese Ihrer Krankengeschichte und Beschwerden. Rechnen Sie für diesen Termin mit 1 ½ bis 2 Stunden Dauer. Für die Folgetermine setze ich in der Regel 90 Minuten an.

Bitte bringen Sie für die Pohltherapie ein großes Handtuch zur Behandlung mit!

Dokumentation

Für die Pohltherapie benötige ich Fotos von Ihnen im Stehen und Sitzen, um Ihre Körperhaltung dokumentieren und analysieren zu können. Daraus leite ich dann meine Behandlungsmaßnahmen ab und nutze die Bilder darüber hinaus zur Beurteilung des Behandlungsverlaufs. Die gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz werden dabei eingehalten. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden.



Ich bin damit einverstanden, in den Email-Verteiler aufgenommen und über aktuelle Veranstaltungen informiert zu werden. Diese Erklärung ist jederzeit widerrufbar.

.....
Gelesen und zur Kenntnis genommen (Name in Druckbuchstaben)

Patientenaufklärung und Aufnahmebogen: Bitte lesen Sie die folgenden Informationen sorgfältig durch und bringen Sie die unterschriebene Patientenaufklärung und den ausgefüllten Aufnahmebogen zur ersten Behandlung mit.

Mitwirkungspflicht: Zum Erreichen der therapeutischen Ziele ist es zwingend notwendig, dass Sie entsprechend der Vorgaben des Therapeuten mitwirken. Hierfür werden Ihnen individuelle Übungen und Tipps vermittelt.

Datenschutz: Zum Zweck der Behandlung werden personenbezogene Daten erhoben und gespeichert. Diese Daten werden vertraulich und entsprechend den gesetzlichen Datenschutzvorschriften behandelt. Die Praxis hat das Recht, im Rahmen der Zweckbestimmung des Auftrags die ihr anvertrauten personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen zu verarbeiten. Ihnen steht das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Hiermit erkläre ich, den Aufklärungsbogen gelesen zu haben und über mögliche Nebenwirkungen, Kosten und Absangeregelung aufgeklärt worden zu sein. Ich stimme einer Behandlung unter diesen Bedingungen zu und erkläre mich mit der Erhebung personenbezogener Daten unter den im Absatz Datenschutz genannten Datenschutzvereinbarungen einverstanden. Außerdem bestätige ich, dass ich von meiner Therapeutin in verständlicher Weise mündlich oder auch schriftlich über die Behandlung aufgeklärt worden bin. Es besteht aktuell kein weiterer Klärungs- und Aufklärungsbedarf. Sollte dieser später auftreten, werde ich meine Therapeutin ansprechen. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben Fragen zu stellen. Ich willige hiermit in eine Behandlung mit der Pohltherapie ein.

.....
Datum, Unterschrift

Aufnahmebogen

.....
Name und Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
Telefonnummer

.....
Email

.....
Krankenkasse / private Krankenversicherung / Beihilfe / Heilpraktiker-Zusatzversicherung

1. Aktuelle Beschwerden.....
.....
.....
2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?.....
3. Was verschlechtert die Symptome?.....
.....
4. Was bessert die Symptome?.....
.....
5. Berufliche Tätigkeit.....
6. Tätigkeiten außerhalb des Berufs, Hobbies.....
7. Sport, Bewegung.....
8. OPs, Verletzungen (z.B. Brüche), Erkrankungen? Welche? Wann?
.....
.....
9. Waren Sie aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden bereits bei Fachärzten und/oder anderen Therapeuten in Behandlung? Welche Untersuchungen/Therapien/Behandlungen hatten Sie?
.....
.....
.....
10. Leiden Sie unter Kieferproblemen? Zähneknirschen? Bitte ankreuzen Ja Nein
11. Tragen Sie eine Beißschiene? Bitte ankreuzen Ja Nein
12. Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Bitte ankreuzen Ja Nein
13. Leiden Sie unter Schwindel? Bitte ankreuzen Ja Nein
14. Leiden Sie unter Übelkeit, Erbrechen? Bitte ankreuzen Ja Nein
15. Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen? Bitte ankreuzen Ja Nein
16. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme oder stürzen Sie manchmal? Bitte ankreuzen Ja Nein
17. Haben Sie Krankheiten wie Diabetes Osteoporose Hormonstörungen Krebs Arteriosklerose
 Organerkrankungen (Herz, Niere, Leber etc.) Blutgerinnungsstörungen Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC etc.) neurologische Erkrankungen
18. Genauere Angaben zur Erkrankung.....
19. Nehmen Sie Medikamente? Marcumar/ASS Blutdrucksenker Cholesterinsenker
 NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) Glucocorticoide (Cortison) Hormonpräparate
 Psychopharmaka