Vereinbarung über Behandlung und Abrechnung ggf. auch Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach §13 Abs. 2 SGB V

mit der Praxis für Orthopädie Am Michel
Dr. med. J. Mallwitz, Dr. med. K. Wiechert, Dr. med. K. Kolle
Ludwig - Erhard - Straße 18, D - 20459 Hamburg

Name: _____ Vorname: _____

Geb.Dat.: _____ Straße: _____

PLZ Wohnort: _____ Tel. privat: _____

Tel. berufl.: _____ Tel. mobil: _____

Beruf: _____ E-Mail:_____

☐ Mir ist bekannt, dass die E-Mails nicht verschlüsselt werden.
☐ Ich möchte den Newsletter des Rückenzentrums abonnieren.
☐Ich möchte den Blog des Rückenzentrums abonnieren.

Name, Adresse u. Telefonnummer des überweisenden Arztes:

_____

Name Ihrer Krankenversicherung für ambulante Behandlung:_____

Familienversichert über: Name _____Vorname _____

☐Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Stammdaten (bitte ggf. handschriftlich korrigieren).

Hinweis: Die orthopädischen Praxen im Rückenzentrum Am Michel sind privatärztlich organisiert und verfügen über keine kassenärztliche Zulassung. Üblicherweise wird mit dem Faktor 2,3 abgerechnet. Eine Steigerung der Abrechnung bis zum Faktor 3,5 erfolgt bei besonderem Zeitaufwand und bei erhöhtem Schwierigkeitsgrad nach GOÄ mit einer Begründung.
Die erstattungsfähigen Abrechnungsfaktoren der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten: KBV I-III finden keine Berücksichtigung in unserer Rechnungsstellung.

Mir ist erklärt worden, dass ich für die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen eine Privatrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß der §§1-12 erhalte.
Für diese Rechnung(en) bin ich unabhängig von evtl. Erstattungsleistungen meiner Krankenkasse in voller Höhe zahlungspflichtig. Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand. Auf Wunsch wird mir eine Kopie dieser Vereinbarung ausgehändigt.

Hamburg, den

_____ _____

Unterschrift des Patienten Unterschrift des behandelnden Arztes

Patienten - Fragebogen

Auszug aus dem Schmerzfragebogen der DGSS Arbeitsgruppe „Dokumentation“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Vorab würde uns interessieren, durch wen Sie auf uns aufmerksam wurden:

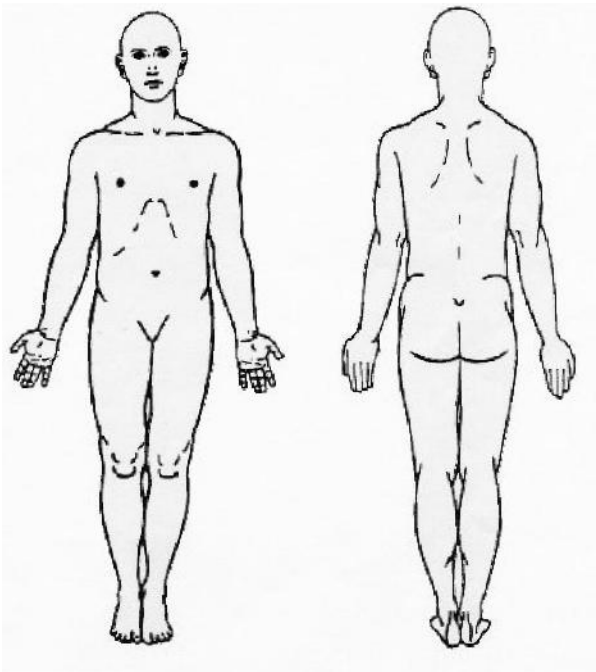
☐ Ihren Orthopäden ☐ Ihren Hausarzt ☐ persönliche Empfehlung
☐ Medien ☐ Internet ☐ sonstiges
☐ Zahnarzt ☐ Medizinisches PräventionsCentrum ☐Jameda

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Sie dienen neben den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung Ihres Krankheitsbildes und erleichtern uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung. Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.
Alle Daten dieses Fragebogens unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes unterworfen.

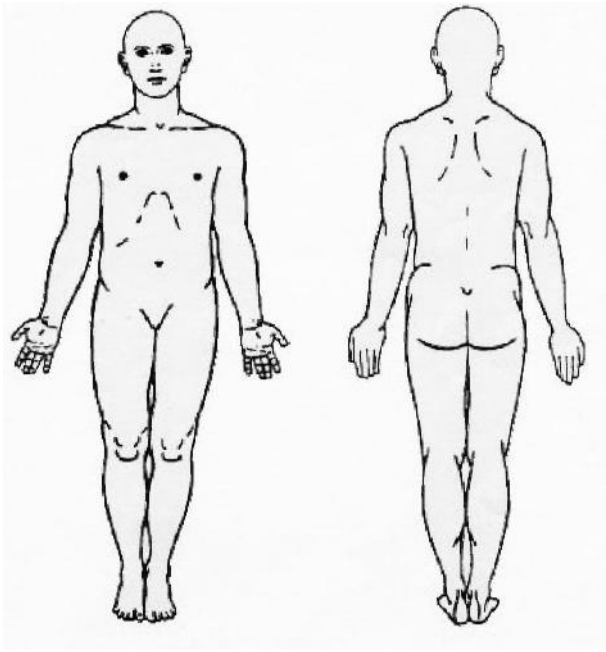
Name:_____ Datum:_____

1. Malen Sie bitte in die nachfolgenden Körperschemata ein, wo Sie Schmerzen haben. Bitte kennzeichnen Sie das ganze Schmerzgebiet (durch Schraffierung). Tragen Sie in die beiden linken Schemata ein, wo Ihre Hauptschmerzen sind, in die rechten Schemata, wo Sie sonst noch Schmerzen haben.

Hauptschmerzort



Sonstige Schmerzorte



Datum

2. Seit wann bestehen Ihre Hauptschmerzen überhaupt? ____.____._____

3. Seit wann besteht Ihre aktuelle Schmerzepisode? ____.____._____

Bitte kreuzen Sie im folgenden die Stärke Ihrer Hauptschmerzen an. Der Wert 0 bedeutet „Ich habe keine Schmerzen“, der Wert 10 bedeutet „Meine Schmerzen sind so stark, stärkere kann ich mir nicht vorstellen“.

4. Geben Sie bitte zunächst Ihre momentane Schmerzstärke (beim Ausfüllen des Fragebogens) an:

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

5. Geben Sie jetzt bitte an, wie stark (bezogen auf die letzten 6 Monate) Ihr schlimmster Schmerz war:

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

6. Geben Sie an, wie stark Ihre durchschnittliche Schmerzstärke während der letzten 6 Monate war:

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

7. Bezogen auf die letzten 6 Monate, wie viele Tage haben Ihre Hauptschmerzen Sie von Ihren gewöhnlichen Aktivitäten (Arbeit, Schule, Haushalt) abgehalten?

_____ Tage

8. Bezogen auf die letzten 6 Monate , wie stark haben Ihre Hauptschmerzen Sie daran gehindert, Ihrem Alltag (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen, etc.) nachzugehen?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

9. Bezogen auf die letzten 6 Monate, in welchem Maße haben die Hauptschmerzen Ihre Freizeitaktivitäten oder Unternehmungen im Familien- oder Freundeskreis beeinträchtigt?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

10. Bezogen auf die letzten 6 Monate, wie stark haben Ihre Hauptschmerzen Ihre Arbeitsfähigkeit (inklusive Hausarbeit) beeinträchtigt?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

11. Auf welche Ursache führen Sie Ihre Hauptschmerzen zurück?
(Mehrfachnennungen möglich)

- auf Krankheit ☐
- auf Operation ☐
- auf Unfall ☐
- auf körperliche Belastung ☐
- auf seelische Belastung ☐
- auf Vererbung ☐
- auf eine andere Ursache ☐
- für mich ist keine Ursache erkennbar ☐

12. a) Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste an, wie sich die genannten Bedingungen auf Ihre Hauptschmerzen auswirken. Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz; wählen Sie die Möglichkeit, die am ehesten zutrifft.

Lindernd (-), kein Einfluss (±), verstärkend (+)

	-	±	+
• Körperliche Belastung (z.B. Treppen gehen, Lasten heben, Tragen)	☐	☐	☐
• Psychische Belastung (z.B. Stress, Ärger, Aufregung)	☐	☐	☐
• Einseitige Körperhaltung (z.B. längeres Sitzen, Stehen, Gehen)	☐	☐	☐
• Häufiger Lagewechsel, Bewegung, Herumlaufen	☐	☐	☐
• Sich ausruhen, hinlegen, ruhighalten	☐	☐	☐
• Meine Schmerzen sind durch nichts zu beeinflussen	stimmt nicht ☐		stimmt ☐

12. b) Welche Sportarten üben Sie regelmäßig aus?

Sportarten	Häufigkeiten

12. c) Sind Sie Mitglied in einem Verein oder Fitnessstudio?

Nein ☐ Ja ☐, bei _____ (Name)

13. Wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen schon einmal operiert?

Nein ☐ Ja ☐

Art der Operation: Datum

1._____ ____.____._____

2._____ ____.____._____

3._____ ____.____._____

Mehr als 3 Schmerzoperationen: Nein ☐ Ja, [ ] Mal

14. Wurden bei Ihnen andere, nicht schmerzbezogene Operationen durchgeführt?

Nein ☐ Ja ☐

Art der Operation: Datum

1._____ ____.____._____

2._____ ____.____._____

3._____ ____.____._____

15.a) Geben Sie möglichst alle Medikamente an, die Sie in den letzten 6 Monaten eingenommen haben. Geben Sie auch an, ob Sie die Medikamente regelmäßig einnehmen (z.B. 3x1 Tbl.) oder „nach Bedarf".

Ich habe in den letzten 6 Monaten folgende Medikamente genommen:

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum
Bsp. Paracetamol	Tabl. 500mg	3x1 pro Tag	Jan-März 2010

15.b) Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin, Heparin, Marcumar), immunsuppressive Medikamente (z.B. Cortison, Chemotherapeutika), Hormonpräparate und / oder Osteoporosepräparate ein?

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen)	Dosierung	Zeitraum

15.c) Haben Sie früher andere Medikamente gegen Ihre Schmerzen eingenommen?

Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, an welche können Sie sich erinnern?

_____

16. Bitte beantworten Sie, welche Behandlungen Sie wegen Ihrer Hauptschmerzen schon erhalten haben. Bitte geben Sie den ungefähren Zeitraum an, in dem Sie diese Behandlung zuletzt bekommen haben und ob Ihnen diese geholfen hat. Sie können mehreres ankreuzen.

Therapie	Zeitraum	Gute Linderung	Wenig Linderung	Nur kurze Linderung	Kein Einfluss	Verschlechterung
Spritzen, lokale Injektionen		☐	☐	☐	☐	☐
Periradikuläre Therapie		☐	☐	☐	☐	☐
Einrenken, Chirotherapie		☐	☐	☐	☐	☐
Krankengymnastik		☐	☐	☐	☐	☐
Trainingstherapie		☐	☐	☐	☐	☐
Massage		☐	☐	☐	☐	☐
Bettruhe		☐	☐	☐	☐	☐
Wärme, Fango		☐	☐	☐	☐	☐
Kälteanwendung		☐	☐	☐	☐	☐
TENS-Gerät		☐	☐	☐	☐	☐
Akupunktur		☐	☐	☐	☐	☐
Schmerzmedikamente		☐	☐	☐	☐	☐
Muskelentspannende Medikamente		☐	☐	☐	☐	☐
Traktion, Aushängen		☐	☐	☐	☐	☐
Operation		☐	☐	☐	☐	☐
Schmerzklinik		☐	☐	☐	☐	☐
Stationäre Reha, Kur		☐	☐	☐	☐	☐
Ambulante Reha		☐	☐	☐	☐	☐
Anderes _____		☐	☐	☐	☐	☐

17.a) Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht an:

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

17.b) Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Monaten wesentlich verändert? Nein ☐

☐ Ja, ich habe in den letzten _____ Monaten _____ kg abgenommen.

☐ Ja, ich habe in den letzten _____ Monaten _____ kg zugenommen.

18. Haben Sie in den letzten Monaten eine größere Infektion gehabt?

Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, beschreiben Sie es kurz:

_____

19. Haben Sie Lähmungserscheinungen oder Schwächegefühle in Armen oder Beinen oder Störungen bei der Kontrolle von Stuhlgang und Wasserlassen? Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, beschreiben Sie es kurz:

_____

20. Sind bei Ihnen andere schwerwiegende Erkrankungen bekannt?

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Im Anschluss können Sie genauere Angaben machen.

a.	Herzerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
b.	Kreislauferkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
c.	Bösartige Erkrankungen / Tumore	Nein ☐	Ja ☐
d.	Erkrankungen des Nervensystems wie Anfallsleiden	Nein ☐	Ja ☐
e.	Stoffwechselerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
f.	Lungenerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
g.	Magen-Darm- und Enddarmerkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
h.	Harnwegserkrankungen	Nein ☐	Ja ☐
i.	Leber-, Bauchspeicheldrüsen-, Gallenleiden	Nein ☐	Ja ☐
j.	Erkrankungen der Unterleibs-/ Geschlechtsorgane	Nein ☐	Ja ☐

Erläuterung zu Punkt a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g. ☐ h. ☐ i. ☐ j. ☐

_____

_____

21. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten sind Ihnen bekannt?

_____

_____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Praxis für Orthopädie Am Michel

Dr. med. J. Mallwitz, Dr. med. K. Wiechert, Dr. med. K. Kolle

Einwilligung in die ärztliche Behandlung (E1)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die orthopädische Behandlung besteht aus Maßnahmen, die Ihrer Einwilligung bedürfen.
Hierzu zählen unter anderem manualmedizinische/chirotherapeutische Techniken, Medikamentengaben und Injektionen mit und ohne Durchleuchtung. Die Auswahl der Maßnahmen wird auf Ihre Erkrankung abgestimmt sein und mit Ihnen vorab besprochen.

Die chirotherapeutische Behandlung an den Extremitäten kann muskelkaterähnliche Symptome hervorrufen. Zur Zeit sind keine schwerwiegenden Folgen bekannt. Bei der Behandlung im Bereich der Wirbelsäule treten extrem selten schwerwiegende Komplikationen (z.B. Schädigung oder Beeinträchtigungen von Nerven) auf. Weitaus seltener (1:400 000 bis 1:1 200 000 Fälle) sind Schädigungen der Arterien, die das Gehirn versorgen. Wir raten zur manualmedizinischen Behandlung nur dann, wenn der zu erwartende Heilerfolg die extrem seltenen Risiken deutlich überwiegt.

Als Ergänzung zur chirotherapeutischen Behandlung setzen wir die Therapeutische Lokalanästhesie (TLA) zur Schmerzlinderung und zur Muskelentspannung ein. Bei Bedarf erfolgt die Injektionsbehandlung auch unter Röntgendurchleuchtung und nach einer Kontrastmitteldarstellung der zu behandelnden Struktur. Nach Injektionen (Einspritzungen) oder Punktionen (Absaugen von Flüssigkeiten) kann es zum Beispiel zu kleinen Einblutungen oder Nervenreizungen kommen. Infektionen eines Gelenkes oder des Gewebes in der Umgebung der Einstichstelle kommen trotz korrekter Techniken vor, sind aber extrem selten (ca. 1:30 000). Allergische Reaktionen können bei allen Medikamenten (Injektionen, Tabletten) auftreten.

Wenn Sie nach der Injektion (Spritze) Fieber, Schmerzen, Rötung oder Schwellung in der behandelten Region oder am ganzen Körper feststellen, unterrichten Sie bitte sofort uns, den ärztlichen Notdienst oder suchen Sie bitte den Zentralen Aufnahmedienst eines Krankenhauses auf.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Erklärung des Patienten:

Name (in Druckbuchstaben):_____Geb.Dat._____

Über die mir vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen sowie mögliche unerwünschte Wirkungen und ihre Folgen bin ich ausreichend informiert worden.
Ich erkläre, dass ich keine blutverdünnenden Medikamente (z.B. Marcumar) einnehme.

Mit der Behandlung bin ich einverstanden.

Ich habe eine Kopie erhalten ☐ Eine Kopie wird von mir nicht gewünscht ☐

Hamburg, den_____

_____ _____

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters Unterschrift des behandelnden Arztes

Osteoporose-Checkliste

Mit Hilfe dieses Fragebogens kann Ihr behandelnder Arzt im Gespräch Ihr individuelles Osteoporoserisiko einschätzen.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/Größe²

Basisdiagnostik empfohlen, wenn: - 1 Antwort 1-5 positiv bei ♀ nach der Menopause, bei ♂ ab dem 60. Lj. - 1 Antwort 1-12 positiv bei ♀ ab dem 60. Lj. - ♂ ab 70. Lj. - Alter ≥ 65 ♀, >80 ♂		
	Ja	Nein
1. Hatten Sie nach dem 50. Lebensjahr einen Knochenbruch (Arm, Fuß, Bein, Rippen, Becken)?		
2. Hatten Sie einen Wirbelkörperbruch?		
3. Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?		
• Diabetes mellitus (Typ I/ Typ II) • Epilepsie (Krampfanfälle) – Und nehmen Sie dafür Medikamente? • Rheumatoide Arthritis/ M. Bechterew/ Lupus Erythematodes • Überfunktion der Nebenniere oder Nebenschilddrüse • Wachstumshormonmangel bei Erkrankung der Hirnanhangsdrüse		
4. Nahmen oder nehmen Sie länger als 3 Monate Kortison-Präparate ein?		
5. Werden Sie nach einem Brustkrebs oder Prostatakrebs mit Hormontherapie behandelt?		
6. Haben Sie im Laufe der Jahre an Körpergröße abgenommen?		
7. Ist Ihre Gehfähigkeit eingeschränkt (weniger als 100m am Stück)?		
8. Konsumieren Sie Nikotin (Rauchen)? >15 Zigaretten/Tag		
9. Sind Sie in den letzten 12 Monaten mehr als einmal gestürzt (ohne äußeren Anlass)?		
10. Hat sich Ihre Mutter oder Vater den Oberschenkelhals gebrochen?		
11. Nehmen Sie regelmäßig Schlafmittel oder Antidepressiva?		
12. Überfunktion der Schilddrüse?		