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“

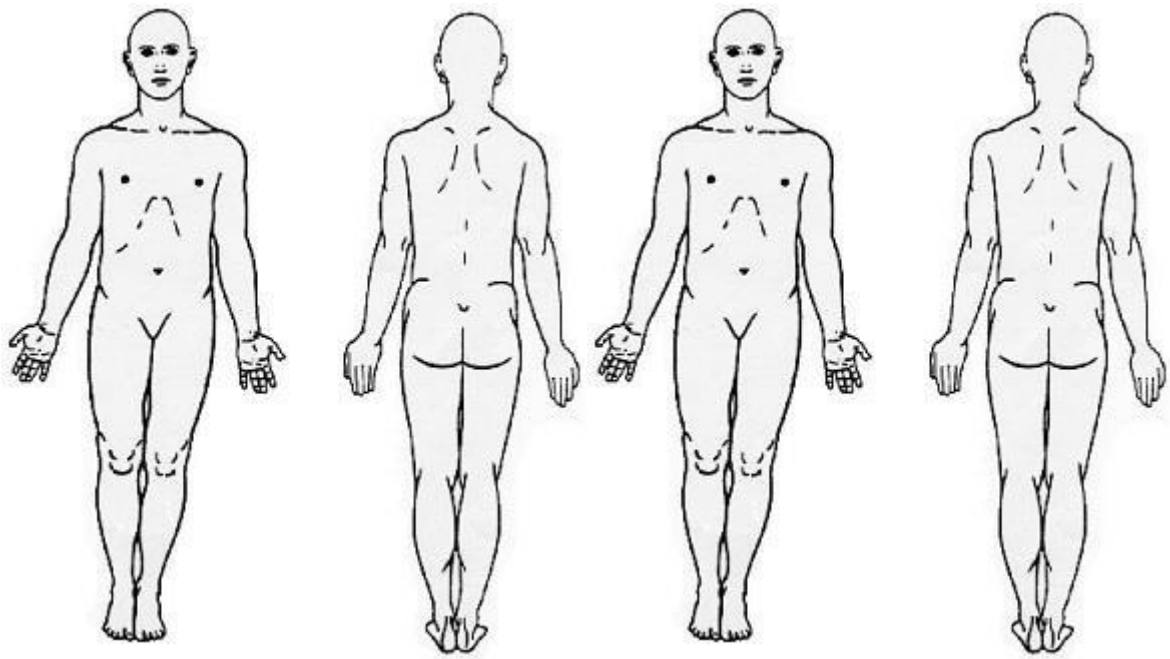
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

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? ____.____._____

4. Wurden Sie wegen Ihrer Schmerzen schon einmal operiert?

Nein ☐ Ja ☐

Art der Operation: Datum

1._____ ____.____._____

2._____ ____.____._____

3._____ ____.____._____

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

5. 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

6. 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

7. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht an:

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

8. 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.

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

Nein ☐ Ja ☐

Wenn ja, bitte beschreiben Sie es kurz:

_____

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

Wenn ja, bitte beschreiben Sie es kurz:

_____

11. 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. ☐

_____

_____

12. 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