

Akupunktur – Patientenaufklärung & Behandlungsvertrag

Name Patient/in: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel./ E-Mail: _____

Für Kinder: Name Eltern/gesetzliche*r Vertreter/in: _____

Behandler/in: Praxis für Akupunktur und Osteopathie Franziska Schöll · Alexanderstraße 10a · 99817 Eisenach

1. Patientenaufklärung / Informationsblatt

Was ist Akupunktur?

- Traditionelle chinesische Heilmethode mit gezieltem minimalinvasivem Stechen von speziellen sterilen Einmalnadeln mit Stimulation des Akupunkturpunktes durch Bewegen/ Drehen der Nadel für eine Dauer von ca. 20 Minuten oder als Dauernadel für 1-10 Tage in genau definierten Hautarealen (am Körper, Kopf oder Ohr)
- Auch in Kombination mit Schröpfköpfen oder Wärme (Moxa) möglich
- Anregung der Punkte alternativ über Akupressur mittels Kugeldruckpflaster
- Ziel: Anregung der körpereigenen Regulation, Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung
- Behandlung individuell angepasst an Beschwerden und Gesundheitszustand
- In der Regel wird 1 Sitzung pro Woche durchgeführt, bei akuten Beschwerden auch häufiger
- Ein Behandlungszyklus besteht aus 10 Sitzungen, lange bestehende chronische oder neurologische Erkrankungen benötigen ca. 20 - 30 Sitzungen und dauern ca. 1 Jahr

Ziele & Grenzen:

- Unterstützung körperlicher Funktionen und Wohlbefinden
- Kein garantierter Heilerfolg
- Akupunktur ersetzt keine ärztliche Diagnose oder Behandlung

Mögliche Reaktionen:

- Lokale Rötung, leichte Blutungen oder blaue Flecken
- Kurzfristige Müdigkeit, leichte Schwindelgefühle
- Schmerzen an Einstichstellen, besonders während des Einstechens, ein „De Qi“- Nadelgefühl (Druck, Spannung, Wärme, Taubheitsgefühl, elektrisierendes Gefühl oder Ausstrahlung) ist normal und zeigt, dass die Nadel richtig platziert ist
- Es kann zu Erstverschlimmerung kommen, in der Regel tritt eine mögliche erste Linderung nach 3-10 Sitzungen ein

Mitwirkung:

- Alle relevanten Erkrankungen, Medikamente, Allergien, Operationen oder Schwangerschaft angeben
- Veränderungen des Gesundheitszustands mitteilen
- Die Nadelverweilzeit findet im Sitzen oder Liegen statt, ggf. werden Sie aufgefordert spezielle Bewegungsübungen zu machen, ansonsten ist auf Bewegung zu verzichten, um ein Verrutschen der Nadel zu vermeiden.
- Am Tag der Behandlung sollte auf eine normale Nahrungsaufnahme geachtet werden und in Anschluss ausreichen getrunken werden (Wasser, Tee)

Kosten:

- Akupunktur ist eine Privatleistung, die Kosten trägt der Patient
 - Erstattungen durch Privat- oder Zusatzversicherungen bitte im Vorfeld mit Ihrem Versicherer abklären
-

2. Behandlungsvertrag

Behandlungsumfang:

- Anamnese und Untersuchung
- Akupunkturbehandlung nach individueller Einschätzung
- Empfehlungen zu Verhalten oder unterstützenden Maßnahmen
- Die Behandlung wird mit Hilfe von Jameda NOA NOTES zur Dokumentation als Gespräch aufgenommen und transkribiert

Haftung:

- Haftung nur bei vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Fehlern
- Typische und mögliche Reaktionen wie leichte Schmerzen oder Rötungen, kleine Einblutungen, Unruhe, Schwindel sind nicht haftungsbegründend

Terminabsagen:

- Termine sind verbindlich
- Absagen bitte mind. 24 Stunden vorher, sonst wird Ihnen ein Ausfallshonorar von 30,00 € in Rechnung gestellt

Behandlungskosten:

- 45,00 € pro Sitzung, daraus ergeben sich folgende Gesamtkosten: _____
- Für die Erstanamnese und -befundung (Dauer ca. 15-20 Minuten) fällt ein zusätzliches Honorar von 30,00 € an
- Sollte eine längere oder zusätzliche Beratung, Untersuchung oder alternative Behandlungen nötig sein, werden die Kosten gesondert besprochen und festgelegt.
- Die Kosten sind direkt im Anschluss an die Behandlung in bar oder per Kartenzahlung (auch kontaktlos) zu zahlen.

Datenschutz:

- Alle personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten werden gemäß DSGVO verarbeitet
- Eine separate Datenschutzerklärung wird ausgehändigt

3. Bemerkungen:

4. Einwilligung / Unterschrift

Ich habe die Patientenaufklärung gelesen und verstanden, meine Fragen wurden beantwortet.

Ich willige freiwillig in die Akupunkturbehandlung ein.

☐ Ich bin der Patient selbst

☐ Ich bin gesetzliche/r Vertreter/in des Patienten

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in oder Eltern/gesetzliche/r Vertreter/in: _____

Unterschrift Behandler/in: _____