

Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. med. A.-H. Lucas und Kollegen
Ahestrasse 3, 45276 Essen-Steele

Name/Vorname:* _____ Anschrift:* _____

Telefon privat: _____ Telefon beruflich: _____

Mobil-Nr:* _____ email-Adresse:* _____

Welche Medikamente vertragen Sie nicht? _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? _____

Bestehen Erkrankungen (Leber/Galle, Magen/Darm, Niere, Herz, Lunge, Nerven- oder Gefäßsystem?)

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg, ungewollter Gewichtsverlust in den letzten 6 Monaten? Ja nein

Schwangerschaft: Ja nein

Leiden Sie an: Allergien/Asthma? Ja nein Diabetes? Ja nein Rheuma? Ja nein

Allergien: _____

Hausarzt: Dr. _____

Überweisungsarzt: Dr. _____

Vor-Operationen: _____

Besteht eine Zusatzversicherung für amb. Behandlung: ja nein ; stat. Behandlung: ja nein

Privat Privat+Beihilfe PostB KVB Selbstzahler

Basistarif Faktorenbegrenzung auf _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Hausarzt einen Befundbericht erhalten darf? ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich in Zukunft evtl. Informationen von der Praxis z.B. zur Terminerinnerung über E-Mail /Handy erhalte.

ja nein Ihre Einwilligung können Sie jederzeit bei uns widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Daten, die im Zuge der Behandlung erhoben und gesammelt werden, auch einem Arzt zugänglich gemacht werden, der die Praxisinhaber - etwa urlaubsbedingt, in Fällen der Fortbildung oder der Erkrankung - vertritt, in gleicher Weise einem Arzt, der als weiterer Partner (z. B. Assistent) oder Nachfolger in die Praxis eintritt.

Bei Nichtabsagen eines Praxistermins oder Absage am selben Tag, kann Ihnen die Ziffer 3 (Faktor 2,3 nach GOÄ, 20,11 Euro) in Rechnung gestellt werden.

Ebenfalls nehme ich zur Kenntnis, dass Konsultationen per Telefon oder E-Mail (entsprechend den Richtlinien der Ärztekammer) der Honorarordnung unterliegen und somit in Rechnung gestellt werden können.

Essen, den _____

Name/Unterschrift

BITTE WENDEN

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

für eine effektive Behandlung orthopädischer Erkrankungen ist, nach dem gegenwärtigen wissenschaftlichen Stand, häufig die Durchführung einer Injektionstherapie (= Anwendung von Medikamenten in Spritzenform) erforderlich. Aus menschlichen und rechtlichen Gründen halten wir es für notwendig, Sie über einige sehr seltene Komplikationsmöglichkeiten, die hierbei auftreten können, zu informieren:

Bei entsprechender Veranlagung kann fast jedes Medikament eine allergische Reaktion auslösen.

Bei jeder Injektionsanwendung oder Akupunktur kann es trotz intensiver Bemühungen und Sterilität zum Auftreten eines Infektes (=Entzündung durch Bakterien) kommen. Dieses kann bei ungünstigem Verlauf zu einer Abszessbildung führen. Ebenso kann es in sehr seltenen Fällen bei Injektionen in ein Gelenk zu einer Entzündung kommen, bei der auch nach Abheilung eine Funktionseinbuße oder Einsteifung des Gelenkes verbleiben kann.

Bei Injektionen an die Wirbelsäule werden häufig lokale Betäubungsmittel angewendet. Diese können im Sinne einer Heilanästhesie eine vorübergehende Nervenblockierung bewirken, die therapeutisch positiv zu werten ist. In Folge solcher Nervenblockierungen kann es jedoch für einige Stunden zu einer Einschränkung der Geh- und Verkehrstüchtigkeit kommen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, sich nach jeder Injektion an die Wirbelsäule noch min. 25 Minuten im Warteraum aufzuhalten, um sicher zu gehen, dass Sie uneingeschränkt gehfähig sind. Bei Injektionen kann es zu Verletzungen der inneren Organe kommen, was z.B. zu einem Pneumothorax führen kann.

Wird ein blockiertes Wirbelgelenk gefunden, werden wir Ihnen vorschlagen, dieses über eine geführte, natürliche Bewegung zu beseitigen. Hierzu sind mitunter Röntgenaufnahmen erforderlich, um andere Risiken (Knochenabszesse, Tumoren usw.) auszuschließen. Bei Manövern der oberen Halswirbelsäule kann es neben Reizungen der Gelenkkapsel schlimmstenfalls zu ernstesten Durchblutungsstörungen kommen, die Lähmungen wie bei einem Schlaganfall zur Folge haben. Wenn Sie diese Behandlung nicht wünschen, informieren Sie uns bitte.

Cortison ist als körpereigenes Hormon das beste abschwellende und entzündungshemmende Medikament. In niedrigen Mengen wird es zu Behandlungen von Gelenkschmerzen und entzündlichen Sehnenerkrankungen durch kein anderes Medikament übertroffen. Auch hier kann es selbst unter sterilen Bedingungen trotzdem zu eitrigen Entzündungen kommen. Mitunter kann es auch ohne Infektion ein Absterben von Gewebe zur Folge haben. Außerdem kann es zu Hautveränderungen kommen.

Außerdem könnte es notwendig sein, dass zur weiteren Diagnostik eine Blutuntersuchung notwendig ist. Bei diesen Blutabnahmen könnte ein Hämatom („blauer Fleck“) entstehen. Zur Laboranalyse müssen Ihre Daten an das Labor weitergegeben werden.

Bitte bescheinigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Informationen zur Kenntnis genommen haben, und dass Sie, falls dieses medizinisch sinnvoll und von Ihnen gewünscht ist, mit der Durchführung der angesprochenen Behandlungsmethoden einverstanden sind. Selbstverständlich stehen wir für weitere Fragen zur Verfügung. Ich habe den Aushang im Wartezimmer zum Thema „Datenschutz“ gelesen und bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zu Behandlungs- und Dokumentationszwecken elektronisch verarbeitet werden und ggf. an das Labor weitergegeben werden. Ich genehmige die Weitergabe von persönlichen Daten an folgende Personen/ Einrichtungen:

Wichtige, zur Befundung benötigte, Vorbefunde und Voraufnahmen dürfen zu Informations- und Vergleichszwecken bei meinen behandelnden Ärzten eingeholt werden.

Sollten für meine weitere Versorgung zusätzlich zur ärztlichen Behandlung Versorgungsleistungen durch externe Anbieter gesundheitlicher Leistungen (z.B. Physiotherapie, Hilfsmittelversorger u. ä.) erforderlich sein oder werden, so wünsche ich ausdrücklich die Empfehlung eines hierfür geeigneten Leistungserbringers.

Sollten für meine weitere Versorgung ärztliche Behandlung durch andere Ärzte erforderlich sein oder werden, so wünsche ich ausdrücklich die Empfehlung eines hierfür geeigneten ärztlichen Kollegen.

Von dieser Einverständniserklärung wird mir nach Unterzeichnung (auf Wunsch) zur persönlichen Verwahrung eine Durchschrift überreicht. Der Erhalt derselben wird gleichzeitig durch meine nachstehende Unterschrift bestätigt.

Abschrift erhalten

nicht erwünscht

Essen, den

Name/Unterschrift