

Martin Janczewski

Praxis Inhaber
Physiotherapeut
Fachlehrer für Manuelle Therapie
Abgeschlossene Ausbildung in
Osteopathischer Therapie
Sanderstraße 7, 97070 Würzburg
Im Hirschlein 21, 97080 Würzburg
Tel.: 0179-5371140

PRAXIS JANCZEWSKI




Christina Janczewski

Heilpraktikerin, Physiotherapeutin,
Bachelor of Health (NL)
Abgeschlossene Ausbildung in
Manueller Therapie und
Osteopathischer Therapie
Sanderstraße 7, 97070 Würzburg
Im Hirschlein 21, 97080 Würzburg
E-Mail: info@praxis-janczewski.de
Tel.: 0179-5199580

PATIENTENAUFKLÄRUNG UND AUFNAHMEBOGEN

Bitte lesen Sie die nachfolgenden Informationen sorgfältig durch und füllen Sie diese bitte bis zum Beginn Ihres ersten Termins aus. Wir benötigen es unterschrieben für ihre Patientendatei.

PATIENTENAUFKLÄRUNG

1. Was ist Osteopathie?

Osteopathie ist eine manuelle Form der Untersuchung und Behandlung von schmerzhaften sowie auch symptomfreien Störungen der Muskeln, Gelenke, Nerven und Organen.

Äußere und innere Einflüsse wie u.a. Schwangerschaft, Geburtsvorgang, psychische und physische Traumata, Operationen, Infektionen, Unfälle und Erkrankungen oder auch einfach einseitige Alltagsbelastungen können zu vermehrter Spannung, Bewegungseinschränkung und Funktionseinschränkung von Geweben führen. In der osteopathischen Untersuchung werden die Gewebe des Körpers durch Palpation (Ertasten) auf genau diese Eigenschaften untersucht und die gefundenen Einschränkungen behandelt. Das Ziel ist es eine verbesserte Anpassungsfähigkeit des Körpers zu erreichen. Dabei gilt: Solange die Ursache des vorhandenen Problems nicht behoben ist, d.h. wenn es dem Körper nicht gelingt, die vermehrte Gewebespannung aufzulösen oder zu verringern, wird er immer wieder versuchen zu kompensieren. Bei Verlust der Kompensation treten die verschiedensten Beschwerden und Symptome in den Vordergrund und können den Betroffenen bis ins hohe Alter beeinträchtigen.

Osteopathie ist keine Alternative, sondern eine ergänzende Therapie zur Schulmedizin. Sie ist keine Notfallmedizin und auch kein Allheilmittel. Schwerwiegende Erkrankungen wie z.B. Krebs, akute Infektionskrankheiten, schwere psychische Störungen und Tumore gehören stets in die Hand eines Arztes. Hier kann die Osteopathie aber ergänzend hilfreich sein, ein subjektiv gewünschter Erfolg kann jedoch nicht garantiert werden.

2. Risiken der Untersuchungen und Behandlung

Die allgemeinen osteopathischen Behandlungstechniken umfassen vorwiegend direkte oder indirekte Mobilisationen, Muskel-Energie-Technik (MET), Neurophysiologische Entspannungstechnik über Positionierung (Strain/Counterstrain), Thrust/Manipulation, weiche Entspannungstechnik (Release), Entspannungstechnik und myofasziale sowie neuromuskuläre Techniken.

Die Gesetzgebung verpflichtet uns, Sie über sehr seltene, aber mögliche Komplikationen aufzuklären, die auch bei kunstgerechter Anwendung nicht gänzlich ausgeschlossen werden können.

So kann es beispielsweise im Rahmen der Manipulationen an der Halswirbelsäule (sehr selten, unter 0,01%) zu Schädigungen der Halswirbelsäulengefäße (Arteria vertebralis, Arteria carotis) kommen, die zu den hirnvorsorgenden Blutgefäßen gehört – insbesondere bei vorgeschädigten Gefäßen. Blutgerinnsel können sich bilden oder lösen, was zu Gehirnschädigungen im Sinne eines Schlaganfalls führen kann.

Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe oder einem bis dahin klinisch stummen Bandscheibenvorfall ist es möglich, dass akute Beschwerden auftreten.

Nach einer Behandlung kann es zu einer kurzzeitigen, vorübergehenden Beschwerdezunahme kommen. Als kurzfristige vorübergehende Reaktionen können auftreten:

- Symptomverschlimmerungen oder Akutwerden einer chronischen Entzündung,
- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, verändertes Kälte-/Wärmeempfinden,
- Veränderungen der Körperrausscheidungen und/oder des Menstruationszyklus.



PRAXIS JANCZEWSKI



Es ist möglich, dass Techniken ähnlich einer Schmerzpunktbehandlung notwendig sein können. Diese können schmerzhaft sein. Die seltenen Folgen können das Auftreten von blauen Flecken, Hautrötungen und/oder muskelkaterähnlichen Schmerzen sein. Diese verschwinden in der Regel innerhalb weniger Tage.

Selbstverständlich wird ihr behandelnder Therapeut alle Techniken nur in Absprache mit Ihnen durchführen. Sollten Sie während der Behandlung irgendwelche Beschwerden oder Missempfindungen haben, teilen Sie mir dies bitte sofort mit.

3. Kosten und Abrechnung

Wenn Sie ein Privat Rezept vom Arzt erhalten haben, auf dem „Osteopathische Therapie“ steht, bringen Sie dieses bitte zum ersten Termin mit. Die Praxis vereinbart Honorare in der Regel individuell nach einem Stundensatz von 112,00 Euro.

Mit einem privaten Rezept, auf dem Manuelle Therapie, Krankengymnastik oder Massage (auch als Doppelbehandlung möglich) verordnet ist, können sie auch sehr gerne zur physiotherapeutischen Behandlung zu uns kommen. Die Abrechnungspositionen liegen ca. 30% über den Beihilfefähige Höchstbeträgen der Bundesbeihilfeverordnung BBhV – Anlage 9 - von 2023.

Nach einer Behandlung bzw. Erbringung der Leistung als Heilpraktikerin durch Christina Janczewski, erhalten Sie eine Privatrechnung nach einem Stundensatz von 109,00 Euro. Nach individueller Absprache können Sie ebenso eine sog. Heilpraktikerrechnung, in der die tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten einzeln aufgeschlüsselt sind, bekommen. Die Berechnungspositionen richten sich dabei nach dem Höchstsatz des Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).

Nach der Behandlung erhalten Sie von der Praxis eine Rechnung, die Sie bitte unverzüglich überweisen. Es wird darauf hingewiesen, dass je nach medizinischer Erforderlichkeit Abweichungen von diesem Kostenrahmen möglich sind. Obenstehender Kostenplan beschreibt gemäß § 630c BGB die ungefähre Höhe.

Wir müssen Sie ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Praxis keine Vereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen unterhält. Alle Patienten der Praxis sind Privatpatienten oder Selbstzahler. Möglicherweise wird die Erstattung der Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang seitens Ihrer Krankenkasse oder eines sonstigen Kostenträgers gewährleistet. Der Anspruch der Praxis besteht jedoch unabhängig von der Erstattung durch Dritte. Bitte klären Sie bereits im Vorfeld, ob eine Kostenbezuschung oder Kostenübernahme durch Ihre Krankenkasse möglich ist.

4. Terminvereinbarung, Terminabsagen

Vereinbarte Termine sind verbindlich, da die Zeit nur für Sie als Patient reserviert wird. Wird ein Termin nicht spätestens 24 Stunden vor Beginn abgesagt und kann bei verspäteter Absage kein anderer Patient gefunden werden, der diesen Termin wahrnehmen kann, wird eine Gebühr in Höhe von 80,- € gestellt. Absagen sind ausschließlich telefonisch möglich.

5. Datenschutz – Akteneinsichtsrechte und Verschwiegenheit des Behandlers

Die Praxis behandelt Patientendaten vertraulich und erteilt bezüglich Diagnose, Inhalt von Beratungsgesprächen, Therapie und weiteren Begleitumständen sowie den persönlichen Verhältnissen des Patienten keine Auskünfte, es sei denn, der Patient stimmt dem ausdrücklich zu. Dies gilt nicht, wenn die Praxis aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist (z.B. eine Meldepflicht gemäß IfSG besteht oder behördliche oder gerichtliche Anordnung hin auskunftspflichtig ist). Die Verschwiegenheit der Praxis gilt auch gegenüber Ehegatten, Verwandten und Familienangehörigen, es sei denn, der Patient bestimmt etwas anderes. Die Verschwiegenheit gilt nicht gegenüber Betreuern im Sinne BGB und auch nicht gegenüber Personensorgeberechtigten für Minderjährige. Die Praxis erhebt, speichert, nutzt und verarbeitet personenbezogene Patientendaten im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten. Im Gesundheitsbereich gemäß § 630 g BGB (Dokumentationspflicht) 30 Jahre nach der letzten Behandlung und gemäß der Buchhaltungsvorschriften 10 Jahre nach der letzten Rechnungsstellung.

Gesundheitsbezogene Patientendaten werden erhoben, gespeichert und verarbeitet, soweit es ausschließlich für Diagnose, Beratung und Therapie erforderlich ist. Es gelten die Vorschriften der europäischen Datenschutzgrundverordnung. Beide Kategorien von Daten kann die Praxis auch verwenden, wenn im Zusammenhang mit Beratung, Diagnose oder Therapie persönliche Angriffe gegen die Praxis oder ein Praxismitglied und seine Berufsausübung stattfinden und diese/r sich mit der Verwendung zutreffender Daten und Tatsachen entlasten kann. Die Daten werden auch im Interesse der Rechtsverfolgung weitergegeben und gespeichert. Für alle Datenkategorien hat der Patient das Recht, Auskunft über die ihn gespeicherten Daten bei der Praxis zu erhalten, deren Löschung formlos durch einfache E-Mail zu verlangen bzw. deren Sperrung, wenn gesetzliche Aufbewahrungspflichten einer vollständigen Löschung entgegenstehen. Der Patient hat weiterhin das Recht, sich bei der Landesdatenschutzbehörde zu beschweren. Die Praxis kann gespeicherte Daten auch an externe Dienstleister weitergeben, soweit dies zur Durchführung und Abwicklung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist, beispielsweise an Rechtsanwälte, Buchhaltungsdienstleister und Steuerberater. Verlangt der Patient eine Abschrift der Patientenakte, so kann diese kostenpflichtig gemäß § 630g BGB erstellt werden. Original-Unterlagen werden nicht ausgehändigt.



PRAXIS JANCZEWSKI



A. PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Bitte füllen Sie nachstehende Felder sorgfältig aus und sprechen Sie uns bei Fragen oder Unklarheiten direkt an. Diese Angaben sind wichtig, um die Krankengeschichte umfassend zu erheben und sind wesentliche Grundlage der Untersuchung und Behandlung.

1. Persönliche Angaben des Patienten

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
Mobiltelefon	
E-Mail	
Beruf	
Versicherung, Zusatzversicherung (Heilpraktiker)	
Behandelnder Arzt, Ort	

2. Gesundheitliche Angaben

Welche Beschwerden haben Sie momentan? Warum kommen Sie zu uns? Wo sind die Beschwerden? Gab es einen Auslöser?	
Welche Unfälle/Stürze hatten Sie in Ihrem Leben? Wann?	
Welche Operationen hatten Sie? Wann?	
Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie öfter erhöhte Temperatur/Fieber oder schwitzen Sie aktuell nachts vermehrt?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fühlen sie sich müde oder nicht leistungsfähig?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben sie in letzter Zeit ungewollt Gewicht verloren?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung (Chemotherapie, Bestrahlung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Verdauungstraktes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verdauungsprobleme (Bauchschmerzen, Blähungen, Durchfall, Verstopfung, Sodbrennen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemwegserkrankungen, Husten/Auswurf?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV, Hepatitis A/B/C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blut in Stuhl/Urin (Schmerz bei der Defäkation)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verhüten Sie? Wie?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist eine Schwangerschaft bekannt?

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden nach der aktuellen EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) behandelt.

B. ERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, dass ich von meinem Therapeuten in verständlicher Weise umfassend sowohl mündlich als auch schriftlich über die Behandlung aufgeklärt wurde. Es besteht aktuell kein weiterer Klärungs- und Aufklärungsbedarf. Sollte dieser später auftreten, werde ich meinen Therapeuten ansprechen. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen. Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten den Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass meine Daten von den Mitarbeitern der Praxis, sofern dies für meine Behandlung oder für die Abwicklung des Behandlungsvertrages und die Abrechnung erforderlich ist, genutzt, gespeichert und betriebsintern vervielfältigt werden.

Die Datenschutzbelehrung in Ziff. 5 des Behandlungsvertrages habe ich gelesen und bin über meine Rechte, als von der Datenverarbeitung Betroffener, belehrt worden.

Datum

Unterschrift des Patienten/
Bei Minderjährigen, Unterschrift des Erziehungsberechtigten



Einverständniserklärung von:

Bitte vollständig ausfüllen.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon/Mobiltelefon

Bitte ankreuzen:

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung Behandlungsdaten (Befunde, usw.) an mitverhandelnde Ärzte/Labore, übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzte/ Laboren eingeholt werden dürfen.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden

- (Im Fall von **Kontaktaufnahme per E-Mail** zwischen dem Patienten/in und der Praxis)
Ich bin mit der Korrespondenz, bzw. der Zusendung von Daten per einfacher E-Mail einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst

Patienten-E-Mail Adresse: _____

- Ich habe jederzeit das Recht auf eine Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.
- Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten (nach Einhaltung der gesetzlichen Fristen) bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegensprechen.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/Personen dürfen (nach Feststellung der Identität) Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name/Adresse / Telefonnr. des Angehörigen / Person:

1.

2.

Datum

Unterschrift des Patienten
Bei Minderjährigen, Unterschrift des Erziehungsberechtigten