

## Stammdaten

Vor- / Zuname:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum/ Sozialversicherungsnr.:

Beruf:

Vorerkrankungen / Operationen / Allergien/ Medikamente:

Risikofaktoren (Krebserkrankungen, Infektionserkrankungen, Gerinnungsstörungen, Osteoporose, Bandscheibenvorfälle, besteht eine Schwangerschaft):

## PatientInnenaufklärung & Einwilligungserklärung für Osteopathie/ Physiotherapie

### I. Behandlungsreaktionen / Komplikationen

Jede physiotherapeutische/ osteopathische Behandlung kann in seltenen Fällen zu unerwünschten Reaktionen/ Komplikationen führen:

#### 1. Häufig auftretende, normale Reaktionen auf manuelle Behandlungen:

Kurzfristige Symptomverschlimmerung, kurzes Akutwerden einer chronischen Entzündung, Hämatome, Muskelkater, Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Fieber, Veränderungen der Körperausscheidungen bzw. des Menstruationszyklus, Schlafstörungen.

In Einzelfällen kann es zu einer kurzzeitigen Einschränkung der Fahrtauglichkeit kommen.

#### 2. Seltene, echte Komplikationen auf manuelle Behandlungen:

Bei strukturellen Techniken mit Impuls an Gelenken kann es zu Frakturen, Druckempfindlichkeiten, Nervenwurzelirritationen und Bandscheibenvorfällen kommen.

Bei strukturellen Techniken mit Impuls im Bereich der Halswirbelsäule kann es zu folgenden Schäden kommen:

Folgeschäden im Bereich von Hals- oder Hirnstammarterien oder Rückenmark (Schwindel/ Benommenheit/ Hinterhauptkopfschmerz, Aneurysma/ Dissektion, Intimarruptur, intraluminales Gerinnsel, transitorische ischämische Attacke/ Hirnschlag/ Tod).

Nach Angaben in der internationalen Fachliteratur liegt die Wahrscheinlichkeit dafür bei **1: 400.000** oder höher

## II. Datenschutz

Freiberuflich tätige PhysiotherapeutInnen brauchen zur Verwendung von Gesundheitsdaten im Rahmen der berufsrechtlichen Tätigkeit als PhysiotherapeutInnen keine Einwilligung von ihren PatientInnen, solange die Datenverwendung im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zur Erfüllung berufsrechtlicher Verpflichtungen (Dokumentationspflicht, Auskunftspflicht) und zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erfolgt.

Der/die PatientIn gibt mit nachfolgender Unterschrift das Einverständnis, dass zusätzlich auch Name und Telefonnummer im Praxishandy/ Terminkalender der Therapeutin gespeichert werden dürfen und SMS zu Kommunikationszwecken verwendet werden darf.

## III. Allgemeine Geschäftsbedingungen

Die AGBs liegen zur Einsichtnahme im Wartezimmer der Praxis auf, können aber auch auf der Homepage [www.osteopathie-zeillinger.at](http://www.osteopathie-zeillinger.at) nachgelesen werden.

Die AGBs werden mit nachfolgender Unterschrift der/des PatientIn zu Kenntnis genommen und vereinbart.

## IV. Terminabsage

Sollte Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, so sagen Sie diesen bitte rechtzeitig! ab, - spätestens 24 Stunden vor Behandlungsbeginn – ab. Ich bitte um Verständnis, dass zu spät oder nicht abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden müssen.

### Einwilligungserklärung des/ der PatientIn

Es wurde ein ausführliches Aufklärungsgespräch mit mir geführt. Ich wurde über die geplante Behandlung, sowie deren Risiken und mögliche Nebenwirkungen informiert und habe keine weiteren Fragen.

Des Weiteren wurde ich über die Beziehung einer Vertrauensperson informiert.

Ich wurde darüber informiert, dass nicht eingehaltene bzw. zu spät abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn/ Erziehungsberechtigte/ Gesetzl. VertreterIn