

Name, Vorname:

Geburtsdatum:



DR. MED. VALERIE
ARROWSMITH

AKUPUNKTUR FRAGEBOGEN

Der Schlüssel zu einer erfolgreichen Therapie liegt auch in der Chinesischen Medizin in einer fundierten Diagnose. Daher ist es für mich wichtig zu verstehen, welche Beschwerden Ihr Körper äußert.

Kreuzen Sie die Fragen bitte so spontan wie möglich an, gerne können Sie Ihre Antworten durch eigene Kommentare ergänzen. Falls es mehrere Antwortmöglichkeiten gibt, streichen Sie das Unzutreffende bitte durch. **Herzlichen Dank!**

● ALLGEMEINES ENERGIENIVEAU

- Meistens fit & energiegeladen
- Oft erschöpft
- Oft gestresst
- Oft müde trotz guter Nachtruhe
- Oft müde nach Mahlzeiten
- Eigene Ergänzungen:
-

● SCHLAF

- Schwierigkeiten einzuschlafen
- Schwierigkeiten durchzuschlafen
- Viele Träume / Alpträumen
- Nachts unruhige Beine
- Eigene Ergänzungen:
-

● TEMPERATUREMPFINDEN

- Windempfindlichkeit
- Kälteempfindlichkeit
- Hitzeempfindlichkeit
- Eigene Ergänzungen:
-
-

● SCHMERZEN

- Kopfschmerzen
- Rückenschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Knieprobleme
- Muskelverspannungen
- Sehnenentzündung
- Schweregefühl d. Arme / Beine
- Schwächegefühl d. Arme / Beine
- Besserung durch Wärme / Kälte
- Besserung durch Ruhe / Bewegung
- Besserung durch Druck / Massage
- Während der Nacht
- Andere:

● SCHWITZEN

- Normal
- Vermindert
- Verstärkt
- Nachtschweiß
- Eigene Ergänzungen:
-



● VERDAUUNG

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Unangenehmer Geschmack im Mund | <input type="checkbox"/> |
| Mundgeschwüre / Aphten | <input type="checkbox"/> |
| Verminderter / vermehrter Appetit | <input type="checkbox"/> |
| Abneigung gegen best. Speisen | <input type="checkbox"/> |
| Heißhunger auf best. Speisen | <input type="checkbox"/> |
| Sodbrennen | <input type="checkbox"/> |
| Völlegefühl | <input type="checkbox"/> |
| Aufstoßen (Luft oder Säure) | <input type="checkbox"/> |
| Blähungen | <input type="checkbox"/> |
| Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Normaler, regelmäßiger Stuhlgang | <input type="checkbox"/> |
| Harter Stuhlgang | <input type="checkbox"/> |
| Breiiger Stuhlgang | <input type="checkbox"/> |
| unverdaute Nahrungsreste im Stuhl | <input type="checkbox"/> |
| seltener Stuhlgang / Verstopfung | <input type="checkbox"/> |
| Eigene Ergänzungen: _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

● SONSTIGES

- | | |
|---------------------------------------------|--------------------------|
| Probleme / Schmerzen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> |
| Schwindel | <input type="checkbox"/> |
| Ohrgeräusch / Tinnitus | <input type="checkbox"/> |
| Kloßgefühl im Hals | <input type="checkbox"/> |
| Hartnäckiger Husten | <input type="checkbox"/> |
| Luftnot bei leichter körperlicher Belastung | <input type="checkbox"/> |
| Herzrasen / Herzstolpern | <input type="checkbox"/> |
| Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Druck / Enge im Brustkorb | <input type="checkbox"/> |
| Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> |
| Allergie | <input type="checkbox"/> |
| Hautausschlag / Ekzeme | <input type="checkbox"/> |
| Augenprobleme | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Ja, welche? _____ | |
| Sexuelle Unlust | <input type="checkbox"/> |
| Eigene Ergänzungen: _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

● LEBENSFÜHRUNG

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------|
| Ich arbeite zu viel. | <input type="checkbox"/> |
| Mein Job macht mir meistens Spaß. | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe genug Zeit für Familie und Freunde. | <input type="checkbox"/> |
| Ich treibe regelmäßig Sport (2 – 3 x / Woche). | <input type="checkbox"/> |
| Ich esse regelmäßig / unregelmäßig. | <input type="checkbox"/> |
| Ich trinke regelmäßig Kaffee. | <input type="checkbox"/> |
| Ich trinke regelmäßig Alkohol. | <input type="checkbox"/> |
| Ich rauche regelmäßig. | <input type="checkbox"/> |
| Eigene Ergänzungen: _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

● DURST

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Normal | <input type="checkbox"/> |
| Sehr stark | <input type="checkbox"/> |
| Mundtrockenheit | <input type="checkbox"/> |
| Kein Durstgefühl | <input type="checkbox"/> |
| Durst auf kalte Getränke | <input type="checkbox"/> |
| Durst auf warme Getränke | <input type="checkbox"/> |
| Eigene Ergänzungen: _____ | |
| _____ | |
| _____ | |



EMOTIONEN

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Ich bin zufrieden mit meinem Leben. | <input checked="" type="checkbox"/> | Ich bin schnell reizbar und wütend. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ich habe weniger Interessen als früher. | <input checked="" type="checkbox"/> | Ich bin oft ohne Grund traurig. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ich mache mir oft Sorgen. | <input checked="" type="checkbox"/> | Ich bin oft antriebsarm („Startprobleme“). | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ich habe oft Angst, zu versagen. | <input checked="" type="checkbox"/> | Ich fühle mich oft überfordert (durch Arbeit, Familie etc.). | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ich bin oft ängstlich und nervös. | <input checked="" type="checkbox"/> | Ich fühle mich oft allein gelassen mit meinen Problemen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ich denke oft darüber nach, was andere über mich denken. | <input checked="" type="checkbox"/> | Eigene Ergänzungen: ----- ----- | |

FÜR DIE DAMEN

MENSTRUATION

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Starke Blutung | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Normal | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ausscheidung von Blutklumpen | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Nur geringe Blutung | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Keine Blutung | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Verlängerter Zyklus (> 28 Tage) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Verkürzter Zyklus (< 28 Tage) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Unregelmäßiger Zyklus | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Schmerzen am Anfang der Periode | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Schmerzen während der Periode | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Besserung der Schmerzen durch Wärme | <input checked="" type="checkbox"/> |

WECHSELJAHRE

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Keine Beschwerden | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hitzewallungen & Schwitzen | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Stimmungsschwankungen | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fähigkeit / Konzentrationsstörungen | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Eigene Ergänzungen: ----- ----- | |

WEITERE ANGABEN ZU IHREN BESCHWERDEN



BEHANDLUNGSVERTRAG FÜR PRIVATPATIENTEN UND SELBSTZAHLER

Name, Vorname: -----

Adresse: -----

Geburtsdatum: -----

Telefon: -----

Email: -----

Zwischen der / dem oben genannten Patientin / en und Frau Dr. Valerie Arrowsmith wird hiermit ein Behandlungsvertrag geschlossen. Frau Dr. Arrowsmith kann mit ausdrücklicher Zustimmung des / der Patientin / Patient Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch von befähigtem Hilfspersonal durchführen lassen.

Die Liquidation dieser Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß § 5 Abs. 1-5 GOÄ sowie Paragraph 6 Abs. 2. Erhobene Steigerungssätze begründen sich aus inhaltlichem oder zeitlichem Mehraufwand der betreffenden Leistung gegenüber dem einfachen Satz und werden auf der Rechnung stets erklärend aufgeführt.

Der Patient teilt ausdrücklich mit,

- in der nachfolgend genannten Versicherung privat krankenversichert zu sein:

Name der Versicherung -----

- ärztliche Leistungen der Privatpraxis Dr. Arrowsmith als Selbstzahler in Anspruch zu nehmen (z.B. bei sonst bestehender, in diesem Behandlungsfalle nicht eintretender, gesetzlicher Krankenversicherung oder nicht bestehender regulärer Krankenversicherung).
- dass eventuell zusätzlich die Beihilfe der Stadt/des Landes/Bundes für die Kosten aufkommt.

Der Patient ist sich bewusst, dass diagnostische und / oder therapeutische Leistungen im Einzelfall über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin hinausgehen können, vor allem dann, wenn sie dem Anspruch einer optimalen medizinischen Versorgung gerecht werden wollen. Die Kosten für die über das Maß der ausreichend notwendigen Medizin gehenden Untersuchungen und Therapien, wie auch die vom Patienten angeforderten Untersuchungen und Behandlungen aus dem Bereich Prävention und komplementären Medizin, werden vom Patienten in voller Höhe übernommen.



Um mich von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten und mehr Zeit für Patienten zu haben, arbeite ich mit der Privatärztlichen Abrechnungsstelle BFS health finance GmbH zusammen. Ich bitte Sie durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, die zur Rechnungserstellung, zum Einzug und zur Abtretung meiner Forderungen notwendigen Behandlungsdaten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die Abrechnungsstelle zu übermitteln. Meine Honorarforderung trete ich an die Abrechnungsstelle ab, das bedeutet, dass die Abrechnungsstelle in meinem Auftrag die Rechnung erstellt und die Honorarforderung einzieht.

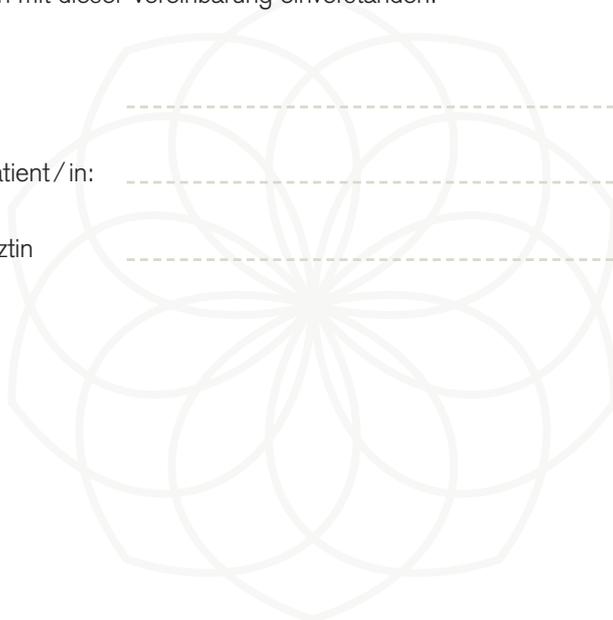
Der Ausgleich des Honorars erfolgt unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch die Krankenversicherung/ Beihilfestelle.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden.

Bonn, den: _____

Unterschrift Patient/ in: _____

Unterschrift Ärztin _____





DATENSCHUTZ UND SCHWEIGEPFLICHT

Name, Vorname: -----

Adresse: -----

Geburtsdatum: -----

Telefon: -----

Email: -----

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis von Frau Dr. med. Valerie Arrowsmith, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Rüngsdorfer Str. 2d, 53173 Bonn, meine Daten erheben und an folgende Institutionen weitergegeben darf:

- Die Krankenkasse
- Den überweisenden Arzt
- Den Hausarzt (im Vertretungsfall)
- Das Labor Dr. Quade & Kollegen, Aachener Str. 338, 50933 Köln
- Das Labor Ganzimmun Diagnostics, Hans-Böckler-Str. 109-111, 55128 Mainz
- Die Auftragsdatenverarbeiter der Praxis:
Zollsoft GmbH, Ernst-Haeckel-Platz 5/6, 07745 Jena

Dort werden die Daten zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt:

- Pflege der elektronischen Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrages
- Kontakt mit dem Patienten (z.B. Terminvereinbarung, Erinnerung an
- Impfungen/Vorsorge etc)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem
- Patienten
- Erstellen von Behandlungsberichten

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Um eine reibungslose ärztliche /therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten /Therapeuten genutzt werden.



INFORMATION UND WIDERRUFSRECHT

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass ...

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Frau Dr. Arrowsmith widerrufen kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

Ich stimme der Zusendung von medizinischen Befunden (Laborergebnisse, Therapieanweisungen etc.) per Mail zu:

Ja Nein

Bonn, den: _____

Unterschrift: _____



PATIENTENAUFKLÄRUNG FÜR EINE TCM-BEHANDLUNG

Die Heilverfahren der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) sind insgesamt sehr sicher und nebenwirkungsarm. Dennoch gibt es auch potentielle Risiken, über die wir im Folgenden aufklären wollen:

MÖGLICHE NEBENWIRKUNGEN:

AKUPUNKTUR:

Dies ist eine Reflex-Therapie. Bestimmte Hautpunkte werden mit Nadeln gereizt und lösen Heilreflexe aus. Wir verwenden ausschließlich sterile Einmalnadeln um das Übertragungsrisiko einer Infektion auszuschließen. Nebenwirkungen können sich unter anderem in blauen Flecken (Hämatomen), lokalen Infektionen an der Einstichstelle, kurzfristigen Verstärkung der Beschwerden („Erstverschlimmerung“) äußern. In seltenen Fällen kann es zu einem gewissen Entspannungseffekt (Müdigkeit) bis hin zur Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit kommen.

CHINESISCHE ARZNEIBEHANDLUNG („PFLANZENHEILKUNDE“):

Die Behandlung erfolgt im Wesentlichen mit Pflanzen, Pflanzenbestandteile und organischen Substanzen, wie z.B. Muschelkalk. Bei unserer Verordnungsweise sind Nebenwirkungen wie vorübergehende Übelkeit oder Durchfall sehr selten. Mögliche Risiken der Behandlung bestehen unter anderem in einer Unverträglichkeit gegenüber Heilkräutern, die man, wie alle Unverträglichkeiten und Allergien nicht ausschließen kann. Dies kann in sehr seltenen Fällen zu einer Erhöhung der Leberwerte führen. Wir bitten Sie daher uns umgehend darauf hinzuweisen, sollten Sie Beschwerden wie ungewöhnliche Müdigkeit, länger anhaltende Übelkeit oder eine Gelbfärbung der Haut beobachten

SCHRÖPFEN / GUA SHA:

Bei dieser Therapie wird durch Aufsetzen von speziellen Rundgläsern das Gewebe gedehnt, gelockert und die Durchblutung aktiviert. Hierbei kann es zu Hämatomen („blaue Flecken“) kommen, die therapeutisch gewünscht sind. Diese bilden sich innerhalb von 1-2 Wochen zurück.



RELEVANTE VORERKRANKUNGEN DES PATIENTEN:

Sollte eine der folgenden besonderen Bedingungen auf Sie zutreffen, bitten wir Sie uns **vor** Behandlungsbeginn darüber in Kenntnis zu setzen:

- Gerinnungsstörung oder Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten (Antikoagulantien)
- Nadelphobie
- Epileptische Anfälle
- Schwangerschaft oder Stillzeit
- Akuter psychotischer Zustand
- Nieren- oder Leberinsuffizienz

VERHALTEN VOR UND NACH EINER BEHANDLUNG:

Achten Sie darauf die Blase vor der Behandlung zu entleeren. Nach einer Akupunktur fühlen sich die meisten Patienten angenehm entspannt und erholt. Wenn möglich sollten Sie körperliche Betätigung und Stress unmittelbar nach der Behandlung meiden. Bei Schwindelgefühlen oder Kreislaufproblemen können Sie sich gerne in unserer Praxis ausruhen bis Sie sich wieder akklimatisiert haben.

ABRECHNUNG / KOSTEN:

Die Leistungen unserer Praxis werden alle einzeln aufgeführt und nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 1996) abgerechnet (1,8 – 2,3 fachen Satz).

1. Private Krankenkassen: Akupunktur zur Schmerztherapie wird von Privatkassen/ Beihilfestellen in aller Regel übernommen. Je nach Krankheitsbild bzw. Krankheitsdauer kann es erforderlich sein, am Anfang der TCM-Behandlung eine präzise Erhebung der Beschwerden (TCM-Anamnese Ziffern 31a) durchzuführen. Die Kosten werden ggf. nicht von Ihrer privaten Krankenkasse übernommen, sie werden streng nach dem tatsächlichen Zeitaufwand (20-30min.) berechnet und belaufen sich maximal auf 60,33 Euro.

2. Gesetzliche Krankenkassen (Selbstzahler): Da wir als Privatpraxis nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, werden alle Verfahren der Chinesischen Medizin als Selbstzahlerleistung abgerechnet. Die Behandlung wird nach der GOÄ privat berechnet und kostet im Durchschnitt zwischen 60 und 80 Euro.



Im Folgenden sind die wichtigsten Ziffern tabellarisch aufgeführt. Es werden nur selten alle aufgeführten Ziffern berechnet!

| Abrechnungstext | GOÄ-Ziffer | Betrag EUR |
|----------------------------------------------------------|------------|----------------|
| TCM-Anamnese | A31 | 60,33 |
| Gespräch bei der Erstverordnung von TCM-Rezeptur | 1 | 10,72 |
| TCM-Rezeptur | A76 | 9,38 |
| Funkt. Diagnostik (Pulsdiagnose) | 831 | 10,72 |
| Untersuchung, unter Einbeziehung der TCM, je nach Umfang | 5 7 | 10,72 21,45 |
| Akupunktur | 269a | 46,92 |
| Schröpfen | 538 | 4,20 |
| Infrarot (Wärmebestrahlung) | 747 | 5,90 |
| Teimassage | 520 | 4,72 |
| Übungsbehandlung | 510 | 7,34 |
| Atmungsbehandlung | 505 | 8,92 |
| Intrakutane Reiztherapie (Quaddeln) | 266 | 8,04 |
| Neuraitherapie, je nach Umfang | 267 268 | 10,72 17,43 |

ERKLÄRUNG:

Ich habe die obigen Ausführungen gelesen, verstanden und bin mit der Anwendung der Chinesischen Heilverfahren und weiterer Naturheilverfahren einverstanden. Den detaillierten Kostenplan mit Nennung der Ziffern habe ich verstanden und als solchen angenommen. Weitere Fragen habe ich nicht oder wurden mir eingehend beantwortet. Ich schließe hiermit einen Behandlungsvertrag auf der Grundlage der GOÄ. Für Privatpatienten: Ich weiß, dass ich die Kosten der Behandlung bei Nicht-Übernahme durch meine Krankenkasse oder Beihilfe selber zu tragen habe.

Name, Vorname:

Bonn, den

Unterschrift: