



Patientenanmeldung

Name/Cognome/Nom: _____ Vorname/Nome/Prénom: _____

Name und Vorname des Erziehungsberechtigten (bei Kindern):

Cognome e nome die tutori (se si tratta di bambini):

Nom et prénom du représentant légal (dans le cas d'un enfant) :

Geschlecht/Sesso/Sexe

W M

Geburtsdatum/Data di nascita/Date de naissance: _____

Adresse/Indirizzo/Adresse: _____ PLZ Wohnort/NPA Località/NPA Localité: _____

Telefon privat (Mobile):

Telefono privato/Téléphone privé:

Telefon Geschäft:

Telefono ufficio/Téléphone profession:

E-Mail: _____

Patientenaufklärung Manuelle Medizin

Wir sind juristisch verpflichtet, Sie über seltene, aber mögliche Komplikationen durch eine manualtherapeutische Mobilisation oder Manipulation aufzuklären. Hierbei ist auch die vollständige Information über Vorerkrankungen oder chronische Erkrankungen wichtig, welche in der Anamnese erfasst werden. So kann trotz sachgemässer Durchführung einer manualtherapeutischen Behandlung an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ein bisher klinisch stummer Bandscheibenvorfall symptomatisch werden. Mögliche Symptome sind Kribbeln, Taubheitsgefühl oder Muskellähmungen an Armen oder Beinen. Zudem kann eine Behandlung an der Halswirbelsäule in sehr seltenen Fällen zu einer Gefäßverletzung der hirnversorgenden Gefäße (Schlaganfall) kommen. Des Weiteren kann ein Wirbelkörper durch eine Behandlung bei bisher nicht diagnostizierter Osteoporose oder bei Metastasenbefall brechen. Es gibt jedoch Behandlungsalternativen, wenn eine manualmedizinische Manipulation nicht in Frage kommt. Bei Unklarheiten oder Fragen, werden Sie sich bitte an den behandelnden Arzt oder Therapeuten.

Patientenaufklärung Gelenkinjektionen und Infiltrationen

Ein akuter Schmerzzustand oder ein symptomatischer Verschleiß grosser und kleiner Gelenke kann mitunter effektiv mit einer gezielten Gelenkinjektion mit Schmerzmitteln, entzündungshemmenden Substanzen oder Hyaluronsäure behandelt werden. Hierbei besteht jedoch stets ein Restrisiko. Es kann trotz Einhaltung sämtlicher Sterilitätskriterien zur Infektion des jeweiligen Gelenkes oder der umgebenden Weichteile kommen. Besonders Menschen mit geschwächter Abwehr haben hierfür ein erhöhtes Risiko. Sollten Sie also nach einer Injektion/Infiltration plötzlich eine massive Schmerzsymptomatik, Rötung, Schwellung, Fieber oder Schüttelfrost entwickeln, bitten wir Sie umgehend mit uns Kontakt aufzunehmen oder sich im nächsten Krankenhaus vorzustellen.

Bitte wenden



Patientenerklärung

- ✓ Ich erteile die Erlaubnis meine personenbezogenen Daten für alle Fachbereiche innerhalb der functionmed zur Einsicht freizugeben und notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Institution, als auch an eine allfälligen Inkassostelle, sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt/Therapeut ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiter zu leiten.
- ✓ Die Komplementär-Medizin (Osteopathie, Akupunktur/Tuina, Homöopathie und Massage) wird nach dem **Tarif 590** abgerechnet. Ich erkläre mich mit dem Tarif 590 einverstanden. Sämtliche Rechnungen werden per Mail als pdf an den Patienten ausgestellt. Für Abklärungen der Kostenübernahme durch die Zusatzversicherung der Krankenkasse oder Unfallversicherung ist der Patient selbst verantwortlich.
- ✓ Der Leistungserbringer im KVG ist per 01.01.2022 verpflichtet, der versicherten Person in jedem Fall und unaufgefordert eine Rechnungskopie zuzustellen. Die Übermittlung der Rechnung an die versicherte Person erfolgt elektronisch per Mail als pdf.
- ✓ Ich erkläre mich damit einverstanden, die Kosten für Termine, die im Verhinderungsfall nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wurden zu übernehmen.
- ✓ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Mailadresse für den Newsletter von functionmed verwendet werden darf.
- ✓ Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die Patientenerklärung gelesen und verstanden habe. Bei Unklarheiten oder Fragen, werde ich den behandelnden Arzt oder Therapeuten ansprechen.

Datum/Data/Date

Unterschrift/Firma/Signature