

Alexander Jahn, Heilpraktiker  
Leonrodstr. 14 a  
80634 München  
Tel.: 0160 95 16 88 66  
info@medizindrache.de



Patientenname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Familienstand:

Kinder:

Telefon privat:

Telefon beruflich:

E-Mail:

Adresse:

gesetzlich versichert

Privat- /Zusatz-Versicherung:

Tarif:

## Fragebogen zur Akupunktur, Kräutertherapie und NAET

### Sehr geehrte(r) Patient(in),

es ist mir wichtig, mir vor Beginn Ihrer Behandlung ein  
Gesamtbild Ihres Gesundheitszustandes zu machen.  
Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen.  
Wenn Sie unsicher sind oder etwas nicht verstehen,  
kennzeichnen Sie es mit einem „?“.

Aus welchem Grund kommen Sie in die Praxis? Aufgrund von Beschwerden  Zur Vorsorge

Wie äußern sich Ihre Hauptbeschwerden?	verbessert durch:	verschlimmert durch:
1.		
2.		
3.		
4.		

### schulmedizinische Diagnose(n) und Behandlungen

Gegenwärtige Medikation			
gegen	Medikation	Dosis	Nebenwirkungen
1.			
2.			
3.			
4.			

### Kindheit

Gesundheit der Mutter in der Schwangerschaft:

Geburt:

Erstes Lebensjahr:

2tes – 10tes Jahr:

Teenageralter:

### Erwachsenenalter

Hauptbeschwerden:

Operation(en):

### auffällige Krankheiten in der Familie

Ihre derzeitige Vitalität: 0 % 100 %

Schwanger  ja  nein

Blutdruck: / Puls: Körpergröße: cm Gewicht: kg

unerwünschter Gewichtsverlust /-Zunahme: binnen: **Wochen**

**Ohnmachtsanfälle:** **Leberprobleme:**  ja  nein

**Zigaretten pro Tag:** **Alkoholkonsum:**

**körperliche Betätigung (was? Wie oft pro Woche?):**

**Beschwerden generell**

- kommen & gehen |  wechseln ständig Ort |  Erschöpfung u. ä. verstärkt alles

<b>Kopf-schmerz</b>	<input type="checkbox"/> Kälte- / Wind-Aversion (Kälte &/ Wind verstärkt Beschwerden):
	<input type="checkbox"/> bandartiges Gefühl <input type="checkbox"/> pulsierend <input type="checkbox"/> Schweregefühl im Kopf
	<input type="checkbox"/> stechend, fixiert, permanent, mehr auf einer Seite
	<input type="checkbox"/> bei Ermüdung, Ende des Tages, seitlich <input type="checkbox"/> wenn deutlich zu wenig getrunken
	<input type="checkbox"/> an Schädeldecke / hinter Augen stechend, evtl. + sehr lichtempfindlich
	<input type="checkbox"/> Druckgefühl um / in Augen
<input type="checkbox"/> sonstige Qualitäten:	

**orthopädische Schmerzen in:**

- Schulter  Arm  Ellenbogen  Kiefer  Nacken  
 Hüfte  Bein  Knie  Hand  Finger  
 oberer Rücken  mittlerer Rücken  unterer Rücken  Fußgelenk  Fuß  
 Becken

*Bitte ordnen Sie die am ehesten passende Schmerzqualität dem Schmerzort zu:*

scharf	dumpf	prickelnd	fixiert / statisch	wandernd	bandartig	wie taub
ausstrahlend	Druckgefühl	Wundheitsgefühl	Schwächegefühl	Spannung	Schweregefühl	steif

**Bewegung:**  bessert Schmerz  verschlechtert Schmerz  bessert erst, dann verschlechtert

**Nebenumstände:**  häufige Knochenbrüche  Gelenk geschollen /& steif

- Brustkorbschmerz**  **Nacken & Schulter** verspannt  
 Schmerz / Druck / blockiertes Gefühl / Gefühl eines Balkens unter den **Rippenbögen** oder an **Flanken**

**neurologische Probleme**

- epileptische Anfälle  Schlaganfall  Lähmung  
 Schwindelgefühl  Taubheitsgefühle  Sprachschwierigkeiten  
 Muskelzucken  krabbelndes Gefühl / kribbelnd  Unruhe (z. B. restless legs)  
 Schmerz & wie "wund" in Muskeln  Muskel-Krämpfe & -Schmerz  Krämpfe stärker in Ruhe  
 Tremor / Zittern  Muskelschwäche  Körperschwere

**Haut**

Teint:  grau/ dunkel |  gelblich |  fahl-weiß

- trocken (wo?)  aufbrechend / einreißend  
 juckend (wo?)  Juckend, besser durch Aufkratzen (bis es blutet)  
 juckend + roter Ausschlag nach Essen (wo?)  Ausschlag (wo?)  
 Sonnenempfindlichkeit (-allergie)  heiße Haut, Hitzegefühl in der Haut (wo?)  
 druckschmerzhaft, Taubheitsgefühle (wo?)  „eitrige Pusteln, Akne, Ekzem, Psoriasis (wo?)  
 Bläschen mit Flüssigkeit (wo? Flüssigkeitsfarbe?)  
 Knoten  Hautkrebs

**Schwitzen**

- fehlend / deutlich reduziert  nachts  nach Essen  im Gesicht bei Essen  
 spontan

- + **übermäßig**  nur Kopf  + Hände + kalte Füße  genital  
 + Hitzeaversion  + Kälteaversion  + abwechselnd Hitze-Kälte  
 fühlt sich nach Schwitzen besser

- ständiges Schwitzen  unaufhörlich führt zu ständiger offener Haut  öliger Schweiß  
 steht auf Oberfläche, meist von Nacken aufwärts

- Schwitzen an Händen & Füßen, evtl. + Brustmitte  tags (wo?)  
 nachts (wo?)

**Aversion gegen bzw. Beschwerden werden schlechter durch:**

- Wind  Kälte  Feuchtigkeit  Hitze  
 Lüftung / Windzug  Kälte drinnen / draußen  feuchtes / regnerisches Wetter  Sommer

## Subjektives Gefühl in

- **Körper:**  eiskalt  kalt  normal  warm  heiß  Schweregefühl  
-  **Hände** -  **Armen:**  eiskalt  kalt  normal  warm  heiß  
-  **Beinen** -  **Füßen:**  eiskalt  kalt  normal  warm  heiß  
 Hitzewallungen  + danach erschöpft  Hitze & Kälte abwechselnd  Hitze & Kälte gleichzeitig

## Extremitäten

- kalt + steif + Schmerz (+ Taubheitsgefühl)  kalt + schmerzhaft + Muskelschwäche  
 kalte Fingerspitzen  brennende Füße  „lauernde“ Hitze + Steifheit

## Augen

- trockene / tränende Augen  angestrenzte Augen  verschwommenes Sehen  
 Sehvermögen eingeschränkt  „Mückensehen“ – Mouche volantes  „lichtscheu“ /-empfindlich

## Ohren

- trocken  schlechtes Gehör  sehr geräuschempfindlich  
 dumpfer Ohrschmerz  stechender Ohrschmerz  Gehörsturz  
 Ohrenklingeln / Tinnitus:  schlimmer durch Wind, Ängste  schlimmer abends / bei Stress /Lärm

## Nase

- trocken  laufend (Farbe & Konsistenz?)  Heuschnupfen  
 Nasennebenhöhlen blockiert  Geruchsempfinden reduziert  sehr geruchsempfindlich  
 häufig Niesen  sonstiges: \_\_\_\_\_

## Mund

- trocken  Herpes  Mundgeruch  Aphten  
 schmerzhafter Gaumen  Zungenschmerz  Zunge- / Gaumen-Geschwür  
 Geschmackssinn reduziert  übermäßiger Speichelfluss  verwaschene Sprache  
 Zahnfleischbluten  konstant  bei mechanischer Belastung z. B. Zähneputzen

## typischer Geschmack im Mund (z. B. morgens beim Aufstehen):

- neutral  süß  pappig  bitter  metallisch  unsauber  seltsam

## Lippen:

- trocken  Geschwür  Herpes

## Hals:

- trocken  verschleimt  häufig Räuspern  schmerzhaft  
 Gefühl als stecke etwas im Rachen  häufig Halsschmerz / Schluckbeschwerden  
 Mandelentzündungen  sonstiges:

## Atmung

- schwer:  schlechter durch Essen  besser durch Stuhlgang  
 kurzatmig:  nach Essen  nach Anstrengung (Schwitzen, Emotionen, ...)  
 häufig Erkältung  Bronchien / Lunge verschleimt  Husten mit viel Schleim  
 schaumiger Schleim  gelber / weißer Schleim  Schleim grün-gelb  
 Schwer / leicht expektorieren  schwer Niederlegen  trockener Husten

## Herz

- Herzschmerz** seitl. ausstrahlend  stechender Schmerz  
  *Schweregefühl, schlecht einatmen können, gebundenes Gefühl*  
  *Puls schwach-unregelmäßig*  
 Herz klopfen spüren:  tags  nachts  Herzklopfen im Ohr abends hören  
 Herzflattern  unregelmäßiger Herzschlag  Brustschmerz / -Druck  
 Herzinfarkt  Herzschrittmarker  andere Herzprobleme \_\_\_\_\_

## Verdauung

- Essen bevorzugt:** warm  kalt  **Geschmack bevorzugt:**  süß  sauer  salzig  bitter  scharf  
  reduziert  morgens nichts / nur sehr wenig essen wollen  viel ( mit /  ohne Symptome)  
 Appetit  dringend Essen müssen, wenn Hunger  ständig hungrig  
 wenn nicht Essen: Ohnmachtsgefühl  nachts essen (müssen)  
 Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten  schnell Völlegefühl, Druck auf der Brust

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit  | <input type="checkbox"/> <i>generell</i>  | <input type="checkbox"/> <i>bei Hunger</i>  |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen   | <input type="checkbox"/> <i>nach Essen jeder Art</i><br><input type="checkbox"/> <i>wollen</i>  | <input type="checkbox"/> <i>vor Essen</i><br><input type="checkbox"/> <i>nach Essen</i> |
| <input type="checkbox"/> Magen-Brennen   | <input type="checkbox"/> unabhängig von Nahrungsaufnahme  | <input type="checkbox"/> Kältegefühl im Magen   |
| <input type="checkbox"/> leichtes Hitzegefühl / Leeregefühl im Magen, wenn hungrig |   | <input type="checkbox"/> Sodbrennen vor Essen   |
| <input type="checkbox"/> scharfes Essen verschlechtert                             |   | <input type="checkbox"/> schwache Verdauung, v. a. bei Fett                             |
| <input type="checkbox"/> Aufstoßen   | <input type="checkbox"/> Schmerz nach Essen   | <input type="checkbox"/> Blähung nach Essen   |
|  | <input type="checkbox"/> <i>Druck-unempfindlich</i>   | <input type="checkbox"/> <i>Druck-schmerzhaft</i>                                       |
| <input type="checkbox"/> „Knoten“ im Oberbauch / Magenregion                       | <input type="checkbox"/> <i>besser durch Druck</i>  | <input type="checkbox"/> <i>schlechter durch Druck</i>                                  |
|  | <input type="checkbox"/> <i>auf Druck deutliche Spannung zu tasten</i>  |   |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen &/ „Knoten“ im Bauch                           | <input type="checkbox"/> <i>„Knoten“ tastbar, bereits vor Essen, immer hungrig, brennend, schlechter durch Essen</i>                                |   |
|  | <input type="checkbox"/> <i>„Knoten“ nicht tastbar &amp;/ Ohnmacht / Brennen bei Hunger, ausgeprägtes Leere-Gefühl im Bauch, besser durch Essen</i> |   |
| <input type="checkbox"/> aufsteigender Magensaft / aufsteigender Nahrungsbrei      | <input type="checkbox"/> <i>keine Hitzegefühle</i>  |   |
|  | <input type="checkbox"/> <i>brennend</i>  |   |
|  | <input type="checkbox"/> <i>+ brennend in Gurgel</i>  |   |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe   | <input type="checkbox"/> wo? Bauch oben / Mitte / unten? wann?  |   |
| <input type="checkbox"/> Geschwüre   | <input type="checkbox"/> Oberbauch gebläht  |   |

### Darm

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> öfters, mehr als 1 Mal pro Tag           | <input type="checkbox"/> keine Kraft Stuhl auf einmal ganz raus zu bringen |
| <input type="checkbox"/> weich                                    | <input type="checkbox"/> klebrig   |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz / unfreiwilliges „Auslaufen“ | <input type="checkbox"/> schmierig   |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung                              | <input type="checkbox"/> flüssig, evtl. + Unverdautes                      |
| <input type="checkbox"/> kommt nicht raus, kleine Stückchen       | <input type="checkbox"/> „Leberknödelsuppe“                                |
| <input type="checkbox"/> schleimig                                | <input type="checkbox"/> trockenere Stuhl                                  |
| <input type="checkbox"/> Schmerz bei Stuhlgang                    | <input type="checkbox"/> + <i>wie gebläht + Schmerz / Schweregefühl</i>    |
| <input type="checkbox"/> geschwollener Bauch                      | <input type="checkbox"/> muss vorher massieren                             |
| <input type="checkbox"/> Anus / Enddarm brennen/jucken            | <input type="checkbox"/> eitrig  |
| <input type="checkbox"/> Divertikel                               | <input type="checkbox"/> stark stinkend                                    |
| <input type="checkbox"/> Blähungen                                | <input type="checkbox"/> unvollständig / sinkendes Gefühl danach           |
|   | <input type="checkbox"/> Bauchkrämpfe                                      |
|   | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden                                      |
|   | <input type="checkbox"/> chronische Darmentzündung                         |
|   | <input type="checkbox"/>   |

### Bauchschmerz

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oberbauch          | <input type="checkbox"/> Bauchmitte         | <input type="checkbox"/> Unterbauch            | <input type="checkbox"/> ganzer Bauch         |
| <input type="checkbox"/> stechender Schmerz | <input type="checkbox"/> dumpfer Schmerz    | <input type="checkbox"/> gespannt              | <input type="checkbox"/> „gebläht“            |
| <input type="checkbox"/> Luft geht ab       | <input type="checkbox"/> keine Luft geht ab | <input type="checkbox"/> Druck / Wärme bessert | <input type="checkbox"/> Druck verschlechtert |
| <input type="checkbox"/> sinkendes Gefühl   | <input type="checkbox"/> Wundheitsgefühl    | <input type="checkbox"/> laute Geräusche       | <input type="checkbox"/> Angst vor Essen      |

### Durst:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> kein Durst                         | <input type="checkbox"/> kalte Getränke bevorzugt      | <input type="checkbox"/> warme Getränke bevorzugt    |
| <input type="checkbox"/> durstig, aber nicht trinken wollen | <input type="checkbox"/> Trinken verursacht Aufblähung | <input type="checkbox"/> Trinken verursacht Übelkeit |
| <input type="checkbox"/> nur Nippen / Mund befeuchten       | <input type="checkbox"/> Trinken löscht Durst nicht    | <input type="checkbox"/> Durst nachts                |

**Trinkmenge:**  weniger als 1 Liter pro Tag  1 bis 2,5 Liter pro Tag  viel mehr als 2,5 Liter pro Tag

### Wasserlassen

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| ___mal pro Tag                                 | <input type="checkbox"/> plötzlich dringend | <input type="checkbox"/> dünner Strahl                            | <input type="checkbox"/> zögernder, unterbrochener Strahl |
| <input type="checkbox"/> nachts – wie oft?     | <input type="checkbox"/> pink               | <input type="checkbox"/> blutig                                   |   |
| <input type="checkbox"/> brennend              | <input type="checkbox"/> schmerzhaft        | <input type="checkbox"/> <i>vor / während / nach Wasserlassen</i> |   |
| <input type="checkbox"/> häufig Harnwegsinfekt | <input type="checkbox"/> Inkontinenz        |   |   |

### Ödeme: Wo?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> angeschwollenes Gesicht | <input type="checkbox"/> angeschwollene Hände | <input type="checkbox"/> angeschwollene Fußknöchel |
| <input type="checkbox"/> morgens                 | <input type="checkbox"/> tags                 | <input type="checkbox"/> abends                    |

### Schlaf

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> schlechtes Einschlafen      | <input type="checkbox"/> leichtes Aufwachen              | <input type="checkbox"/> schlechtes Durchschlafen |
| <input type="checkbox"/> schlecht wieder einschlafen | <input type="checkbox"/> Unruhe morgens / früh aufwachen | <input type="checkbox"/> viele Träume             |
| <input type="checkbox"/> Nachwandeln / Sprechen      | <input type="checkbox"/> Schnarchen                      | <input type="checkbox"/> Apnoe                    |

- morgens erholt aufwachen
- Schlafzeit insgesamt
- übliche Bettgezeit: \_\_\_\_ Uhr
- nächtliches Erwachen durch:**
- Gedanken - Gedankenkreisen
- Gedanken - zufällige Gedanken
- ruhig- ohne Gedanken
- Alpträume
- Schmerz
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Denken

- schlechtes Gedächtnis
- vergesslich
- neblig / sumpfig im Gehirn
- schwierig klar zu denken
- treffe schwer Entscheidungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Typische Emotionen

- gefühlsverarmt
- depressiert / depressiv
- abgetrennt / distanziert
- traurig, einsam
- leicht reizbar / verärgert
- aggressiv
- unzufrieden
- nie froh / häufig sich beklagen
- ständig nörgelnd
- eher das Negative sehend
- „alles ist ein Drama“
- sehr empfindsam
- leicht angreifbar
- häufig Angst
- leicht enthusiastisch, manisch
- oft besorgt
- leicht Besitz ergreifend
- unsicher, anhänglich
- bekümmert
- Schwierigkeit loszulassen
- ziehe mich gerne zurück
- Angst Fehler zu machen
- Angst vor Kontrollverlust
- leicht verzweifelt
- leicht frustriert
- unentschlossen
- launisch
- wenig Selbstvertrauen
- „Welt ist schrecklich, furchtbar, ...“
- Selbstwert↓, Selbstanklagen

### Shen („Geist)

- konfus
- obsessiv, zwanghaft, sich in Dinge übermäßig „hineinbohrend“
- Gedächtnis ↓, vergesslich
- Konzentrationsstörung
- leicht weinen / „nahe am Wasser gebaut“
- Ängstlichkeit(en)
- traurig über Vergangenheit
- sonstiges

### Infektionskrankheiten

- Borreliose
- Eppstein-Barr-Virus
- Hepatitis A / B / C
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Haben Sie jemals eine der folgenden Belastungen gehabt?

- Hernie/Leistenbruch
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Diabetes
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Hypoglykämie
- Gallensteine
- Lebererkrankung
- Nierenerkrankung
- Osteoporose
- Krebs

### Verschiedenes

- leicht Blutergüsse
- blute leicht
- Nasebluten
- langsames Heilen
- Krampfadern
- häufig Knochenbrüche
- oft krank (außer Erkältung)
- hyperaktiv
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Fortpflanzungssystem Mann bzw. Frau: Unfruchtbarkeit

- Libido reduziert
- Libido übermäßig
- extrem müde nach Sex

### Männer

- Prostatabeschwerden
- Schmerz / Juckreiz in / an Hoden
- Schwitzen am Skrotum
- vorzeitige Ejakulation
- Spermienbeweglichkeit reduziert
- Spermienqualität reduziert
- Spermienausfluss (Tag / Nacht)
- Impotenz /schwache Erektion
- Schmerz im Perineum

### Frauen

- Brustschmerzen
- Brustknoten
- Zysten /Myome in \_\_\_\_\_
- Endometriose
- Hysterektomie
- Hormontherapie
- Schwangerschaften \_\_\_\_\_
- Fehlgeburten \_\_\_\_\_
- postnatale Erschöpfung
- postnatale Depression
- Vagina: trocken / juckend / schmerzhaft / wund
- häufig Candida-Infektion
- Leukorrhoe:  wenig  übermäßig  starker Geruch

### Menstruation:

- regelmäßig
- Zykluslänge \_\_\_\_\_
- Dauer der Blutung \_\_\_\_\_
- Tröpfeln / Spotting
- unaufhörlich ohne Klumpen
- unaufhörlich mit Klumpen
- Brustspannen
- lokaler Unterbauchschmerz
- ausstrahlender Unterbauchschmerz

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerz im unteren Rücken | <input type="checkbox"/> geschwollener Bauch | <input type="checkbox"/> kalter Unterbauch       |
| <input type="checkbox"/> Akne                      | <input type="checkbox"/> Krämpfe             | <input type="checkbox"/> spontanes Schwitzen     |
| <input type="checkbox"/> reduzierter Appetit       | <input type="checkbox"/> Übelkeit            | <input type="checkbox"/> emotionale Schwankungen |

### Menstruationsblut

- Farbe \_\_\_\_\_  schwere Blutungen  leichte Blutungen  schleimig  klumpig

### Menopausen-Beschwerden

- Hitzewallungen  nachts  tags  anschließend erschöpft / Frösteln

**Erfolgen allergische Reaktion bzw. Unverträglichkeitsreaktionen auf bestimmte Stoffe wie z. B.: Lebensmittel, Pollen, Chemikalien, Parfüm, Medikamente, Latex, Pilze, Tiere, Insekten, Rauch, Impfungen oder sonstige Umwelteinflüsse? Wenn Ja, welche:**

Haben Sie jemals eine **sehr schwerwiegende allergische** Reaktion gehabt (z.B. Nesselsucht, geschwollene Kehle, schwere Atmung, anaphylaktischer Schock)? ja  nein   
**Gegen was?** \_\_\_\_\_ **Art der Reaktion:** \_\_\_\_\_

**Hatten Sie jemals eine schwerwiegende emotionale Reaktion wie z.B. Trauma oder Schock?**

---

### Erkrankungen der Eltern?

**Mutter:**

**Vater:**

### Behandlungsvereinbarung

Sie sind bei mir in Behandlung eines Heilpraktikers.

Ich behandle im Sinne der Naturheilkunde, was bedeutet:

- die Kosten werden von gesetzlichen Krankenversicherungen nicht übernommen.
- die Behandlung umfasst insbesondere schulmedizinisch nicht anerkannte Heilverfahren.
- eine Erstverschlimmerung ist möglich.

Eine Behandlungseinheit dauert 50 Minuten.

Ich rechne für Privat-Versicherte und Beihilfeberechtigte nach dem Gebühren-Verzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ab. Wenn die private Krankenversicherung, private Zusatzversicherung oder Beihilfe die entstehenden Kosten nicht oder nur teilweise übernimmt, trägt der Patient für eine entsprechende Klärung selbst Sorge. Etwaige Differenzen zwischen meinem Honorar und dem Erstattungsbetrag sind vom Patienten zu tragen.

Als Selbstzahler können Sie mit ca. 70 Euro für 50 Minuten, und mit 120 bis 140 Euro für 80 Minuten rechnen, je nach Aufwand.

Die Bezahlung ist am Behandlungstag gewünscht.

Bei Nichterscheinen berechne ich den vollen Satz. Absage mindestens 24 Stunden vor dem Termin.

Ich freue mich, Sie in Ihrer Gesundheit zu unterstützen.

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift (Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter)**

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie mir Änderungen der obigen Angaben mit.**

# Aufklärung über Behandlung mit Akupunktur



## Nebenwirkungen

Bei dieser Therapie treten nur sehr selten Nebenwirkungen auf, aber es könnten auftreten:

- Müdigkeit bzw. vorübergehende übermäßige Entspannung nach der Behandlung, unter Umständen mit Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit
- Störungen der Kreislaufregulation mit Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen und Schwindel
- Schmerz durch vorübergehende Nervenreizungen, evtl. mit Sensibilitätsstörung in der Einstichregion
- Blutungen und Blutergüsse, durch die Verletzung kleiner Blutgefäße an der Einstichstelle
- Beim Stechen der Akupunkturnadeln besteht ein sehr geringes Risiko einer Infektion.
- Aktivierung von bereits vorhandenen, noch nicht ausgebrochenen Krankheitsprozessen
- vorübergehende, sehr selten auch länger bestehende Verschlechterung des behandelten Leidens (so genannte „Erstverschlimmerung“)
- Vorübergehende Reaktionen wie Schwitzen, Schwächegefühl, „Nadelkollaps“
- Benommenheit, Schlafstörungen, Übelkeit, Erbrechen, u. ä.
- Emotionale Reaktionen wie Angst, Panik, Euphorie, Lethargie u. ä.
- Hautreaktionen
- Verletzung innerer Organe, z.B. Herz, Lunge (nicht bei sachgerechter Anwendung)
- In extrem seltenen Fällen kann eine Akupunkturnadel abbrechen, was einen operativen Eingriff erforderlich machen kann
- Mögliche lokale Hautverbrennung bei der Wärmebehandlung (Moxibustion)

Falls Nebenwirkungen auftreten sollten, werden ggf. sofort Gegenmaßnahmen ergriffen.

Bei einer Wärmebehandlung (Moxibustion) sagen Sie mir bitte, wenn Ihnen die Wärmequelle zu heiß erscheint.

Treten zu einem späteren Zeitpunkt Nebenwirkungen auf, bitte ich um sofortige Rücksprache und gegebenenfalls Wiedervorstellung.

## Relative Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen für die Akupunktur sind bisher nicht bekannt.

Jedoch führe ich in folgenden Fällen die Akupunktur nur unter besonderer Abwägung durch:

- Schwangerschaft,
- Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie), Thromboseprophylaxe (z. B. mit Marcumar),
- verminderte Blutplättchen (Thrombozytopenie) u.a.
- Psychiatrische Erkrankungen (z.B. akute, schwere Depression, Neurose),
- Entzündete, bestrahlte oder anderweitig verletzte Hautareale,
- Kontaktallergien (z.B. Nickel oder Chrom) wegen der verwendeten Stahlnadeln
- Akut lebensbedrohliche Erkrankungen,
- Krampfleiden (Epilepsie),
- Schweren Grunderkrankungen (z.B. schwere Krebserkrankung im Endstadium).

München, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Therapeuten Herrn Jahn

## Einverständniserklärung

Ich fühle mich über die geplante Akupunktur-Behandlung ausreichend gut informiert und bin mit der Durchführung einverstanden. Über die möglichen Nebenwirkungen bin ich von Herrn Jahn aufgeklärt worden.

Mir sind keine der o.g. Kontraindikationen bekannt. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Patienten / der Patientin bzw. des Erziehungsberechtigten

## Patienteninformation

(gem. Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO))

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
mit Inkrafttreten der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) zum 25.05.2018 bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Ihre personenbezogenen Daten erhebe, speichere und ggf. an Dritte weiterleite und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

### 1 Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist der Praxisinhaber:

Alexander Jahn. Leonrodstr. 14 a, 80634 München, Tel.: 016095168866, info@medizinrache.de

### 2 Ein ständiger Vertreter bzw. Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.

### 3 Personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der medizinischen Versorgung sowie zur Abrechnung von Behandlungsleistungen erhoben. Sie werden ggf. im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich um Ihre Kontaktdaten und um Angaben zu Ihrer Gesundheit wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

Nach § 630 f BGB werden Ihre personenbezogenen Daten in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt. Es können ggf. auch längere Aufbewahrungsfristen bestehen.

### 4 Datenübermittlung

Die Übermittlung Ihrer Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten etc.) oder Krankenversicherungen sein.

### 5 Ihre Rechte

Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:

Sie können jederzeit Auskunft über die erhobenen Daten sowie die Berichtigung falscher Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung sowie Einschränkung der Verarbeitung oder Sperrung der gespeicherten Daten zu. Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen.

Und schließlich steht Ihnen ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

Wenn Sie Fragen im Zusammenhang mit Ihren personenbezogenen Daten haben oder mich auf etwas hinweisen möchten, nehmen Sie bitte Kontakt zu mir auf. Hierzu stehen Ihnen die unter Ziff. 1 dieser Datenschutzerklärung genannten Kommunikationswege zur Verfügung.

Sollten Sie nach Ihrer Meinung rechtswidrige Inhalte, insbesondere auch im Hinblick auf urheberrechtliche Vorschriften entdecken, fordere ich Sie auf, mich direkt persönlich ohne kostenpflichtige Einschaltung eines Rechtsbeistandes zu kontaktieren. Dieser ist nicht erforderlich, da ich zusichere, im Falle berechtigten Vorbringens unverzüglich auf erstes Anfordern für Abhilfe zu sorgen und die bedenklichen Inhalte zu entfernen. Die Einschaltung eines Rechtsbeistandes ist daher sachlich nicht erforderlich. Gegen dabei entstehende Kosten werde ich mich verwahren.

### 6 Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung in dieser Praxis ist:

- der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patient,
- Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i. V. m. Abs. 3 DS-GVO,
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten, wenden Sie sich selbstverständlich jederzeit an mich!

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift Patient/in)