



Dr. med. Karin Bushe-Centmayer
87439 Kempten, Bodmanstraße 30
Tel.: 0831 / 10925, Fax: 520155
www.akupunktur-allgaeu.de

Vereinbarung über ärztliche Behandlung mit Frau / Herrn

Nachname der/des Patientin/en:	Vorname:
Geburtsdatum:	Tel. privat: Tel. dienstlich:
Gesetzl. Vertreter - bei Minderjährigen:	Email - Adresse:
Straße:	PLZ, Ort:
Beruf:	ledig verheiratet geschieden verwitwet Anzahl der Kinder: Geschwister:
Empfohlen durch:	Krankenkasse: priv: Beihilfe: gesetzlich:

Sie, als oben genannte Patientin / genannter Patient wünschen Untersuchungen und Behandlungen mit den modernsten Methoden der Akupunktur. Grundlage meiner Praxis hierfür ist zunächst das Verfahren der ***Ohrakupunktur nach Bahr und Nogier***, bei der die **Untersuchung durch eine spezielle Pulstastung**, den RAC (reflexe-auriculo-cardiac), erfolgt. Darüber hinaus finden die Erkenntnisse der ***klassischen-chinesischen Medizin*** ihre Berücksichtigung. **Akupunktur** ist eine Regulations-Therapie, hierbei werden ganzheitlich die Selbstheilungskräfte und der Energiefluss im gesamten Organismus angeregt. Durch Stimulation von genau festgelegten Punkten der Haut können Störungen im gesamten Organismus, also auch im Körperinneren gelindert, oft sogar beseitigt werden. Akupunktur kann zerstörte Strukturen nicht wiederherstellen, aber gestörte Funktionen wieder harmonisieren

Zunächst wird bei Ihnen eine ausgiebige, spezielle Untersuchung mit **Suche nach Störherden** und mit Energiefeldtestung, gegebenenfalls verbunden mit Testung geeigneter Medikamente und der Verträglichkeit von Lebensmitteln durchgeführt. Im Anschluss daran werden die **Ergebnisse der Untersuchung** und das weitere **therapeutische Vorgehen** mit Ihnen besprochen.

Akupunkturbehandlung bedeutet Einstechen von **dünnen Nadeln** am Ohr, am Körper oder auch am Schädel, eventuell mit Erwärmung (Moxa). Häufig wird die Behandlung auch - schmerzfrei und sehr effektiv - durch Bestrahlung mit Akupunktur-**Lasernadeln** vorgenommen werden, zusätzlich zu oder - speziell bei Kindern anstatt - von Nadeln.

In vielen Fällen wird es für den Erfolg der Behandlung sinnvoll sein, die eigentliche Akupunktur durch weitere Maßnahmen zu ergänzen, wie Verordnung von Vitaminen, Spurenelementen, Darm-Symbiose-Mitteln, Naturheilmitteln, wie auch homöopathischen Arzneien oder Blütenessenzen.

Als **mögliche Nebenwirkungen** der Akupunkturbehandlung werden gelegentlich Müdigkeit, Kreislaufveränderungen und ähnliche vegetative Reaktionen beobachtet. Infektionen oder Verletzungen treten extrem selten auf. Bei Immundefiziten (Abwehrschwäche) kann jedoch in seltenen Fällen trotz üblicher Vorsichtsmaßnahmen eine Reizung oder Entzündung auftreten. Auch allergische Reaktionen auf das Nadelmaterial können in extrem seltenen Fällen vorkommen.

Bitte wenden --> --> -->

Sie als Patientin / Patient werden in eigenem Interesse gebeten, die folgenden gefragten Angaben sorgfältig und umfassend zu ergänzen:

Operationen, Entbindungen, eingreifende Erkrankungen und Ereignisse, Unfälle, Narben, Impfungen (seit Geburt):

**Momentane Medikamenteneinnahme:
(auch Hormone, Vitamine, Spurenelemente, Homöopathika, Naturheilmittel, etc.)**

Bekannte Allergien:

Grund Ihres Kommens, momentane Beschwerden sowie psychische Stimmungslage:

Hausarzt:
Zahnarzt:

Die Behandlungen erfolgen jeweils nach Terminabsprache, so dass keine langen Wartezeiten entstehen. **Bei Verhinderung erklären Sie sich als Patient/ Patientin bereit, vereinbarte Termine rechtzeitig abzusagen (spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin),** ansonsten kann eine angemessene **Ausfallsentschädigung** berechnet werden.

Die Akupunkturbehandlung und die erforderlichen Untersuchungen werden nach der **privatärztlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** abgerechnet. Es wird darauf hingewiesen, dass die angewendeten Diagnose- und Behandlungsmethoden „wissenschaftlich noch nicht allgemein anerkannt“ sind.

Ein Anspruch auf komplette Erstattung in vollem Umfang durch Krankenversicherungen und/oder Beihilfestellen kann nicht gewährleistet werden.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen auf diesen beiden Seiten vollständig gelesen habe und erkläre mein Einverständnis:

Patient(in) oder in gesetzlicher Vertretung: _____

Datum und Unterschrift

Auf Wunsch erhalten Sie ein Exemplar dieser Vereinbarung.