

Ihre Daten (bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name:

Vorname:

Straße/Hausnr.:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Beruf:

Tel. Privat:

Tel. Mobil:

E-Mail:

Bitte erinnern Sie mich per SMS an meinen bevorstehenden Termin (bitte ankreuzen, falls Erinnerungsservice erwünscht ist)

Durch welchen Arzt / Heilpraktiker / Therapeut wurden sie überwiesen (Name/Ort)?

Wie haben Sie noch von Atlas Curatio® erfahren? Internet Facebook Atlas-Curatio.de Prospekt Zeitung / Magazin
 durch Person: Sonstiges:

Welche Symptome führen Sie zu mir als Atlastherapeut?

Fragen zu Ihrer Gesundheit

Unter welchen Beschwerden leiden Sie am meisten? (Hauptbeschwerden)

Befinden Sie sich derzeit in physiotherapeutischer Behandlung? Ja Nein Falls ja, welcher Art?

Haben Sie bereits Erfahrungen mit einer Atlasbehandlung? Ja Nein Falls ja, welcher Art?

Sind Sie schwanger? (Nur für Frauen) Ja Nein

Leiden Sie unter epileptischen Anfällen? Ja Nein

Leiden Sie unter Osteoporose (erhöhte Knochenbrüchigkeit)? Ja Nein

Hatten Sie ein Schleudertrauma? Ja Nein Falls ja, wann genau?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Sind Sie an der Wirbelsäule operativ fixiert? (Versteifung durch Osteosynthesen) Ja Nein Falls ja, OP-Datum und Segment:

Leiden Sie unter Depressionen, die mit Psychopharmaka behandelt werden? Ja Nein Falls ja, seit wann:

Gibt es weitere Behinderungen oder Krankheitsbilder?

Ich komme zur 1. Untersuchung auf Grund der oben angegebenen **Symptome** und **Beschwerden**. Die **Funktionsüberprüfung** und der **manuelle Befund** sollen Aufschluss geben über eine mögliche Fehlstellung des **Atlas (1. Halswirbel)**. Darüber hinaus erhalte ich Informationen zur Behandlung und **Methode** sowie über etwaige Zusammenhänge meiner Beschwerden. Eine darauf folgende Behandlung (**Korrektur**) ist unabhängig vom Befund und kann zu jeder Zeit durchgeführt werden. Nur auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin (mündliche Absprache), erfolgt die anschließende Atlas-Behandlung.

Datum:

Unterschrift / Erziehungsberechtigter:



Patientenaufklärung zu Atlas Curatio® (Atlasbehandlung)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

zur Behandlung Ihrer Erkrankung „Atlasfehlposition“ wünschen Sie eine Atlasbehandlung.

Durch den Gesetzgeber sind wir gehalten Sie über zwar sehr seltene, aber eventuell mögliche Komplikationen aufzuklären: Bei der Behandlung an der Wirbelsäule treten extrem selten schwerwiegende Komplikationen auf.

So kann es zum Beispiel bei bis dahin nicht erkannten vorgeschädigten oder klinisch stummen Bandscheibenvorfällen bzw. raumfordernden degenerativen Veränderungen, zu einer Aktivierung und somit zum Entstehen von Schmerzen und Lähmungserscheinungen im Bereich der Arme und Beine, als Ausdruck einer Nervenschädigung, kommen. Da hierbei oft Vorschädigungen bestehen, kann eine solche Komplikation als „Gelegenheitsursache“ betrachtet werden, d.h. dieses Ereignis hätte ebenso durch einen anderen „banalen Auslöser“, wie z. B. Husten oder ungeschicktes Bücken, ausgelöst werden können.

Noch seltener (ca. 1:400.000 bis 1:2 Millionen) ist das Auftreten von Schädigungen der Gefäße, die das Gehirn versorgen. Dies entsteht meist auf dem Boden einer Vorschädigung der Gefäßwände und wird häufig durch banale Alltagsbewe-

gungen ausgelöst (spontane Dissektionen). Hierbei kann es dann zur Bildung von Blutgerinnseln kommen, die sich später ablösen können und Blutgefäße im Gehirn verstopfen können (Embolie). Die Folge können schwere Schädigungen des Hirnstammes sein. Wenn im Zusammenhang mit der Behandlung solche Gefäßereignisse beobachtet werden, stehen sie eher im zeitlichen, jedoch wohl meistens nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Behandlung.

Aus diesem Grund ist es wichtig uns bereits bestehende neurologische Ausfallserscheinungen wie Schluckstörungen, Doppelbilder, Sprachstörungen, Sensibilitätsstörungen, pulsierende Ohrgeräusche etc. anzugeben, um im Vorfeld eine solche Erkrankung möglichst auszuschließen. Auch ein schlagartiger Beginn der Kopfschmerzsymptomatik ohne äußere Ursache ist verdächtig.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie in für Sie verständlicher und umfassender Weise über die seltenen Komplikationen der Atlasterapie aufgeklärt, Ihre Fragen ausführlich beantwortet und Sie über entsprechende Therapiealternativen beraten wurden. Termine für die Atlasbehandlung müssen ggf. mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden (per Tel. 0231-17727034 oder SMS an 0174-6942800), ansonsten müssen wir leider eine Aufwandspauschale i.H.v. 125,- Euro berechnen.

Ich habe eine Kopie dieser Aufklärung erhalten.

Ich wünsche ausdrücklich keine Kopie dieser Aufklärung.

Datum:

X

Unterschrift / Erziehungsberechtigter:

X

Besondere Hinweise zum Heilmittelwerbe-gesetz (HWG)

Diesem Therapieverfahren liegen keinerlei Heilversprechen zugrunde. Aus den Texten kann weder eine Linderung noch eine Besserung eines Krankheitszustandes abgeleitet, garantiert oder versprochen werden. Bei der hier vorgestellten Behandlungsmethode handelt es sich um Verfahren der alternativen Medizin, die wissenschaftlich noch nicht anerkannt sind. Alle Angaben über Eigenschaften, Wirkungen und Indikationen beruhen auf den Erkenntnissen und Erfahrungen

innerhalb der Therapiemethoden selbst. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie explizit diese Behandlung wünschen. Sie haben jedoch die Möglichkeit, Ihre Beschwerden durch konservativ-orthopädische oder schmerztherapeutische Maßnahmen wie zum Beispiel Infiltrationsbehandlungen, physiotherapeutische oder physikalische Maßnahmen, Einnahme von Schmerzmitteln, Akupunktur, Osteopathie usw., behandeln zu lassen.

Datum:

X

Unterschrift / Erziehungsberechtigter:

X

Ihre Zustimmung zur Datenerhebung für wissenschaftliche Zwecke

Im Rahmen der Atlas Curatio® Therapie werden anhand von Bögen und weiteren Untersuchungen gesundheitliche Daten erhoben.

Hiermit bestätige ich, dass diese vollständig anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden dürfen.

Unterschrift / Erziehungsberechtigter:

X

Für interne Zwecke

Abendveranstaltung am:

Termin Atlas:

Termin Kontrolle nach Atlas:

--	--	--