

[Dokustandard 2] (siehe Erklärung am Ende)

Dokumentationsbogen für die homöopathische Therapie/Behandlung

Datum Erstanamnese:

Name: Vorname:

Geb. Datum: Geschlecht: w m Familienstand:

Erziehungsberechtigte:

Adressdaten: Straße: Nr.:

PLZ: Ort:.....

Tel. privat: Tel. geschäftl.:

Handy: Email:

Rechnungsempfänger: falls abweichend vom Patienten

[Dokustandard 1]

Berufliche Tätigkeit:

GKV: PKV: Beihilfe:

Zusatzversicherung:

Es wurde über die homöopathische Therapie informiert und aufgeklärt.

Die Leistungsübersicht wurde in schriftlicher Form überreicht.

Auf die Kosten, Erstattungsmöglichkeiten durch dritte und Eigenbeteiligung wurde hingewiesen.

[Optional: Es wurde ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgeschlossen.]

Datum/Unterschrift des Patienten:

[Patientenrechtegesetz]

Patientenfoto:

1. Wichtige anamnestische Daten: [Dokustandard: Punkt 4]

- Behandlungsanliegen:
.....
- Weitere Beschwerden des Patienten:
.....
- Alter: Größe: Gewicht:kg
- Besteht zur Zeit der Erstanamnese eine Schwangerschaft?
- Risiken (Medikamentenallergien, Hypertonie, Konsum von Genussmitteln, Drogen, Fehlernährung):
.....
.....
- Sozialanamnese: Hinweise auf Lebensweise, Gewohnheiten (Sport, Rauchen, Alkohol usw.) Belastungen durch Arbeitsstoffe (chemisch od. biologisch), Suizidgefährdung/ Süchte etc.
.....
.....

Vorgeschichte [Dokustandard: Punkt 5]

- Unfälle, Operationen:
.....
- Frühere Erkrankungen:
.....
- Schwangerschaften/Geburten:
.....
- Welche Impfungen wurden durchgeführt und welche Reaktionen traten auf?
- Infektionskrankheiten/Kinderkrankheiten etc.
.....
- Relevante Befunde liegen in Kopie vor (Labor, weiterführende Diagnostik):
.....
.....

Eingesehen am:

- Arzneimittelanamnese aktuell und frühere Arzneimitteleinnahme: [Dokustandard: Punkt 12]

.....
.....

(auch Naturheilmittel, Nahrungsergänzungsmittel etc.)

- Welche Therapien wurden durchgeführt und werden weitergeführt? [Dokustandard: Punkt 12]

.....
.....

- Wer behandelt noch? (Hausarzt, Selbstbehandlung) Name und Adresse: [Dokustandard: Punkt 12]

.....
.....

2. Befund [Dokustandard: Punkt 8]

- Körperliche Untersuchung:

.....
.....

- Ist eine weitere diagnostische Abklärung notwendig?

Aufklärung des Patienten ist erfolgt am:

- Prognostische Einschätzung der Verlauf der homöopathischen Therapie:

Aufklärung des Patienten ist erfolgt am:

3. Diagnose: [Dokustandard: Punkt 3, 10 und 13]

- Name der Erkrankung (ICD10):

- Ist eine homöopathische Therapie sinnvoll als alleinige Therapie oder begleitend?

.....
.....

- Als Begleittherapie zur homöopathischen Therapie wurde empfohlen:

.....
.....

4. Behandlungsauftrag: [Dokustandard: Punkt 13]

- Wofür möchte der Patient Hilfe?

- Vereinbarung über die notwendige Verlaufskontrolle (Abstände, telefonisch oder Wiedervorstellung) ist erfolgt.

.....

5. Übersicht über die verordneten homöopathischen Medikamente im Therapieverlauf:
 [Dokustandard 11]

Verordnungsdatum											
Arzneimittelname											
Wirkung (+/-)											

6. Wichtige Dokumente für die homöopathische Therapie: [Patientenrechtegesetz]

- Die detaillierte Dokumentation der Erstanamnese liegt als Anlage vor. [Dokustandard 4]
- Die Fallanalyse liegt dokumentiert vor. [Dokustandard 9]
- Die Repertorisation liegt als Ausdruck vor.
- Die Arzneimittelwahl liegt mit Begründung vor.
- Die Arzneimittelverordnung ist dokumentiert mit Angaben zur Dosierung.
- Die Verlaufsbeobachtung ist dokumentiert (mit Hilfe eines Score/Zahlenwert 0-10).
 [Dokustandard 14]

Die roten Ergänzungen beziehen sich auf die Ziffern des Dokumentationsstandards der Wisshom bzw. ergeben sich aus dem Patientenrechtegesetz.

Wichtige Passagen Patientenrechte:

- **Behandler gibt Rechenschaft über den Gang der Behandlung (Persönlichkeitsrecht d. Patienten)**
- Faktische Beweissicherung für einen etwaigen Behandlungsfehler
- Eintragungen in die Patientenakte sollen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung vorgenommen werden (Vermeidung von Unrichtigkeiten)
- Nachträgliche Änderungen, Berichtigungen und Ergänzungen müssen als solche kenntlich gemacht werden (entsprechendes Softwareprogramm bei elektronischen Dokumenten) = Beweissicherungsfunktion
- **Absatz 2** bestimmt was in der Patientenakte dokumentiert werden muss:
- **Alle wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse, die aus der Sicht des Behandlers für die Sicherstellung der derzeitigen und künftigen Behandlungen relevant sind**
- Dies sind: Anamnese, Diagnosen, **Therapien und ihre Wirkungen**, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligung sowie die Aufklärung.