

Dokumentation der Akupunktur-Behandlung

(zur Erfüllung der Anforderungen der Akupunktur-Vereinbarung)

Name des Arztes/ der Ärztin:

Ia.

Patientenname: _____ Ausfülldatum: _____

1. Diagnose:

- chron. Schmerzen der LWS
 chron. Schmerzen bei Gonarthrose: links rechts beidseits
- klinisch gestellt Röntgenbefund CT/ NMR
- mind. 6-monatiges Schmerzintervall dokumentiert durch: Vorbehandler Akupunkteur

2. Lokalisation Hauptschmerz: LWS Kniegelenk

3. Verwendete Punkte:

- LWS-Schmerzen (Angabe erforderlich): _____
- Gonarthrose (Angabe erforderlich): _____

4. Betroffene Leitbahnen:

- LWS-Schmerzen: Blase Gallenblase Lenkergesäß Niere Andere: _____
- Gonarthrose: Milz Leber Gallenblase Magen Andere: _____

5. Die 8 diagnostischen Kriterien (Ba Gang):

- Yin Kälte Leere Innen
- Yang Hitze Fülle Außen

Ib.

Schmerzsituation vor Beginn der Behandlung

1. Stärke Hauptschmerz

keine Schmerzen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkster vorstellbarer Schmerz

2. Schmerzhäufigkeit :

überhaupt nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Täglich ohne Unterbrechung

3. Beeinträchtigung der Alltagstätigkeit durch den Schmerz:

überhaupt nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ vollständig

4. Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz:

überhaupt nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ vollständig

II.**Therapieplan/ Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept**

- Akupunktur Moxibustion Physiotherapie Manuelle Therapie Infiltration TENS
 Pharmakotherapie Psychotherapie Physikalische Therapie Andere:

Die eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung des Therapieziels ist erfolgt? ja nein

Therapieziel:

- Schmerzreduktion Funktionsverbesserung Andere (Angabe erforderlich): _____
- _____

III.**Schmerzsituation bei Abschluss der Behandlung**

1. Lokalisation Hauptschmerz: LWS Kniegelenk

2. Stärke des Hauptschmerzes

keine Schmerzen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ stärkster vorstellbarer Schmerz

3. Schmerzhäufigkeit :

überhaupt nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Täglich ohne Unterbrechung

4. Beeinträchtigung der Alltagstätigkeit durch den Schmerz:

überhaupt nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ vollständig

5. Beeinträchtigung der Stimmung durch den Schmerz:

überhaupt nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ vollständig

6. Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung

überhaupt nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ sehr zufrieden

nicht beurteilbar, da Therapieabbruch durch Patient/ Patientin

IV.**Besondere Begründung bei Durchführung einer Körperakupunktur bis zu 15-mal im Krankheitsfall:**

Therapieziel noch nicht erreicht unzureichende Stabilisierung

Sonstiges (Angabe erforderlich):

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel