

Dokumentationsbogen - Qualitätssicherung Akupunktur

Patientendaten
Bitte Initialen der Patientin/des Patienten angeben:
Vor- / Nachname (Initialen): _____ / _____ Geburtsdatum: _____
Anfang / Ende der Behandlung: _____ / _____

1. Diagnose
<input type="checkbox"/> LWS-Schmerzen* (strahlen maximal bis zum Knie aus)
<input type="checkbox"/> Knieschmerzen bei Gonarthrose* : <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
<i>*: Im Falle eines Diagnosewechsels von LWS auf Knie und umgekehrt müssen 2 Dokumentationsbögen eingereicht werden</i>
<input type="checkbox"/> Mindestens 6-monatiges Schmerzintervall .
<input type="checkbox"/> Das Schmerzintervall ist min. 6- monatig ärztlich dokumentiert** . (insbesondere durch klinische Untersuchung, Röntgenbefund, CT, MRT; ggf. wurden Fremdbefunde eingeholt.)
<i>**: Das Schmerzintervall muss der Akupunkturbehandlung unmittelbar vorangegangen sein. Für die ärztliche Überprüfung und Dokumentation des Schmerzintervalls ist die bloße Befragung des Patienten nicht ausreichend.</i>

2. Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 QSV Akupunktur)																														
Folgende Therapien wurden unter Einbindung der Akupunktur durchgeführt oder sind geplant:																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">durchgeführt:</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">geplant:</th> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">durchgeführt:</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">geplant:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schmerztherapie:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Injektions-Infusionstherapie:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Manuelle Therapie:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Pharmakotherapie:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Moxibustion:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Physiotherapie:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Psychotherapie:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		durchgeführt:	geplant:		durchgeführt:	geplant:	Schmerztherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injektions-Infusionstherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manuelle Therapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pharmakotherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moxibustion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	durchgeführt:	geplant:		durchgeführt:	geplant:																									
Schmerztherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injektions-Infusionstherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Manuelle Therapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pharmakotherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Moxibustion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Psychotherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Therapieziele:																														
Der Patient wurde eingehend beraten und folgende Therapieziele wurden festgelegt:																														
<table style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Muskuläre Entspannung</td> <td><input type="checkbox"/> Vegetative Stabilisierung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Deaktivierung von Triggerpunkten</td> <td><input type="checkbox"/> Schmerzhemmung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verbesserung der Gelenktrophik</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> Muskuläre Entspannung	<input type="checkbox"/> Vegetative Stabilisierung	<input type="checkbox"/> Deaktivierung von Triggerpunkten	<input type="checkbox"/> Schmerzhemmung	<input type="checkbox"/> Verbesserung der Gelenktrophik	<input type="checkbox"/> _____																								
<input type="checkbox"/> Muskuläre Entspannung	<input type="checkbox"/> Vegetative Stabilisierung																													
<input type="checkbox"/> Deaktivierung von Triggerpunkten	<input type="checkbox"/> Schmerzhemmung																													
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Gelenktrophik	<input type="checkbox"/> _____																													
Daten des Therapieplans Akupunktur (§ 5 Abs. 3,4 QSV Akupunktur)																														
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____																														
6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____																														
Gründe für die Überschreitung des Zeitraums von 6 Wochen:																														

Dokumentationsbogen - Qualitätssicherung Akupunktur

Vor- /Nachname (Initialen): _____ / _____ Geburtsdatum: _____

Verlängerung (Datum)

11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____

Verlängerung, weil:

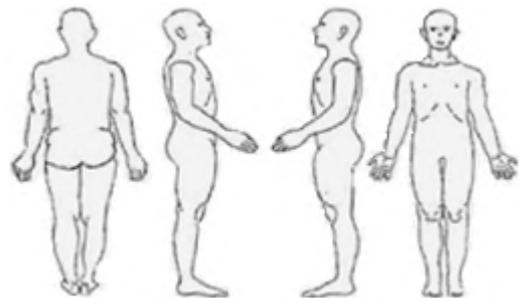
- kein hinreichender Erfolg Unzureichende Stabilisierung
 Änderung Therapieziel (s.o.) Sonstiges: _____

Angabe der Akupunkturpunkte (Knie 7 - 15 Nadeln, LWS 14 - 20 Nadeln) (§ 5 Abs. 3,4 QSV Akupunktur)

Anamnestische Angaben zur Begründung der TCM-Diagnose

-

Lokalisation



TCM-Diagnose (keine schulmedizinische Diagnose)

3. TCM-Schmerzanalyse und Diagnostik

Die 8 diagnostischen Kriterien (Ba Gang)

- Innen Leere Kälte Yin
 Außen Fülle Hitze Yang

Pathogenese/ Schmerzqualität

- Blut Wind Feuchtigkeit Qi Kälte Hitze

betroffene Leitbahnen

LWS Schmerzen: Blase Gallenblase Lenkergesäß Niere _____

Gonarthrose: Milz Leber Gallenblase Magen _____

Emotionen: Angst Sorge Wut Trauer _____

Dokumentationsbogen - Qualitätssicherung Akupunktur

4. Eingangsbefragung / Eingangserhebung (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 QSV)

Initialen des Patienten: (siehe Seite 1 & 2) _____ **Datum der Erstellung der Befragung:** _____

Alle Fragen beziehen sich auf die Schmerzen, wegen derer Sie die Akupunkturbehandlung erhalten:

a) Wie lange haben Sie diese Schmerzen?

- 0,5 – 3 Jahre 3 – 10 Jahre > 10 Jahre

b) Wo sind Ihre Schmerzen am stärksten?

- Knie links rechts beide
Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung ohne Ausstrahlung

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte bezogen auf die (aktuelle) durchschnittliche Schmerzstärke:

c) Wie stark waren diese Schmerzen?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(0= keine Schmerzen; 10= stärkster vorstellbarer Schmerz)

d) Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?

- einmal täglich mehrmals täglich dauernd

e) Wie stark waren Sie durch diese Schmerzen in Ihren alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(0= keine Beeinträchtigung; 10= stärkste vorstellbare Beeinträchtigung)

f) Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(0= keine Beeinträchtigung; 10= stärkste vorstellbare Beeinträchtigung)

Dokumentationsbogen - Qualitätssicherung Akupunktur

5. Ausgangsbefragung / Verlaufserhebung (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 QSV)

Initialen des Patienten: (siehe Seite 1) _____ **Datum der Erstellung der Befragung:** _____

Die folgenden Fragen beantworten Sie bitte bezogen auf die (aktuelle) durchschnittliche Schmerzstärke:

- a) Wie stark sind Ihre Schmerzen?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (0= keine Schmerzen; 10= stärkster vorstellbarer Schmerz)
- b) Wie häufig sind diese Schmerzen aufgetreten?
 einmal täglich mehrmals täglich dauernd
- c) Wie stark waren Sie durch diese Schmerzen in Ihren alltäglichen Verrichtungen beeinträchtigt?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (0= keine Beeinträchtigung; 10= stärkste vorstellbare Beeinträchtigung)
- d) Wie stark war Ihre Stimmung durch diese Schmerzen beeinträchtigt?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (0= keine Beeinträchtigung; 10= stärkste vorstellbare Beeinträchtigung)
- e) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung dieser Schmerzen?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (0= gar nicht zufrieden; 10= sehr zufrieden)

Ort, Datum

Unterschrift