

Dokumentationsbogen - Qualitätssicherung Akupunktur

Stand: 2/2021

Patientendaten

Bitte **Initialen** der Patientin/des Patienten angeben:

Vor- /Nachname: _____ / _____ Geburtsdatum: _____

Anfang / Ende der Behandlung: _____ / _____

1. Diagnose

LWS-Schmerzen* (strahlen maximal bis zum Knie aus)

Knieschmerzen bei Gonarthrose*: rechts links beidseitig

**: Im Falle eines Diagnosewechsels von LWS auf Knie und umgekehrt müssen 2 Dokumentationsbögen eingereicht werden*

Mindestens **6-monatiges Schmerzintervall**.

Das Schmerzintervall ist min. 6- monatig ärztlich dokumentiert.**

(insbesondere durch klinische Untersuchung, Röntgenbefund, CT, MRT; ggf. wurden Fremdbefunde eingeholt.)

***: Das Schmerzintervall muss der Akupunkturbehandlung unmittelbar vorangegangen sein. Für die ärztliche Überprüfung und Dokumentation des Schmerzintervalls ist die bloße Befragung des Patienten nicht ausreichend.*

2. Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 QSV Akupunktur)

Folgende **Therapien** wurden unter Einbindung der Akupunktur durchgeführt oder sind geplant:

	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:

- | | |
|---|--|
| <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

Stand: 2/2021

Verlängerung (Datum)

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

Verlängerung, weil:

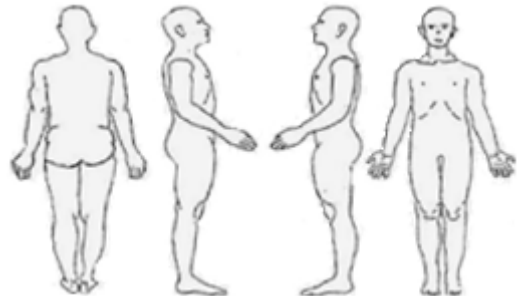
- kein hinreichender Erfolg Unzureichende Stabilisierung
 Änderung Therapieziel (s.o.) Sonstiges: _____

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

Anamnestic 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

Stand: 2/2021

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

Initialen des Patienten: (siehe Seite 1): _____ 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)

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)

Arztstempel

Ort, Datum

Unterschrift