



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Patientenerklärung und Einwilligung

für Diagnostik und Behandlungen in der Privatarztpraxis Integrative Regenerative Medizin und Longevity

1. Patientendaten

Vorname / Name:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße, Haus-Nr.:	_____
PLZ / Ort:	_____
Telefon (optional):	_____
E-Mail (optional):	_____

Erkrankung / Diagnose / Beschwerden (Kurzangabe):

Weitere Hinweise (z. B. besondere Risiken, Wünsche, Fragen):

2. Allgemeine Hinweise

Diese Patientenerklärung dokumentiert die Inhalte der ärztlichen Aufklärung und Ihre Einwilligung. Sie ersetzt nicht das persönliche Aufklärungsgespräch, sondern fasst wesentliche Punkte zusammen. Sie haben Gelegenheit, Fragen zu stellen. Unklare Punkte werden vor Beginn der jeweiligen Maßnahme erläutert.

- Mir ist bekannt, dass es keine Garantie für einen Behandlungserfolg gibt.

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

- Mir ist bekannt, dass in der Integrativen/Komplementären Medizin sowie in der Präventions- und Longevity-Medizin Verfahren eingesetzt werden können, deren Nutzen je nach Indikation unterschiedlich gut wissenschaftlich belegt ist.
- Mir ist bekannt, dass manche Maßnahmen außerhalb der Regelversorgung liegen können und dass ich bei Bedarf unabhängig weitere fachärztliche Abklärung/Behandlung (z. B. Kardiologie, Onkologie, Urologie, Neurologie, Gynäkologie etc.) eigeninitiativ in Anspruch nehme.
- Ich informiere die behandelnde Ärztin vollständig über Vorerkrankungen, Allergien/Unverträglichkeiten, Schwangerschaft/Stillzeit, Implantate (z. B. Herzschrittmacher), Blutungsneigung und alle regelmäßig oder aktuell eingenommenen Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel. Änderungen teile ich unverzüglich mit.
- Ich informiere andere mich behandelnde Ärztinnen/Ärzte über parallele Behandlungen, um Wechselwirkungen und Doppelbehandlungen zu vermeiden.
- Ich halte mich an ärztliche Empfehlungen (z. B. Trinkmenge, Schonung, Verhaltenshinweise nach Injektionen/Infusionen/Manipulationen) und melde relevante Beschwerden zeitnah.

3. Allgemeine Risiken und mögliche Nebenwirkungen

Jede medizinische Maßnahme kann unerwünschte Wirkungen haben. Auch bei sorgfältiger Durchführung können Beschwerden auftreten, die eine Behandlung erfordern. Die nachfolgenden Angaben sind Beispiele und nicht abschließend; seltene, ungewöhnliche oder bislang unbekannte Reaktionen sind möglich.

Allgemein (kann bei Untersuchungen, Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen und anderen Maßnahmen auftreten):

- vorübergehende Schmerzen, Druckgefühl oder Brennen an der Behandlungsstelle
- Bluterguss (Hämatom), Schwellung, Rötung, Juckreiz, lokale Reizung
- Nachblutung (insbesondere bei Einnahme von Blutverdünnern oder Blutungsneigung)
- Entzündung/Infektion an der Einstichstelle bis hin zu Abszessbildung (selten)
- allergische Reaktionen auf Medikamente/Materialien (z. B. Pflaster, Desinfektionsmittel) bis hin zum allergischen Schock (sehr selten, aber potenziell lebensbedrohlich)

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

- Kreislaufreaktionen (z. B. Schwindel, Übelkeit, Schwitzen, Ohnmacht/vasovagale Synkope)
- Nerven- oder Gefäßreizungen/-verletzungen (selten), in Ausnahmefällen anhaltende Sensibilitätsstörungen

Bei schweren Beschwerden (z. B. Luftnot, starke Schwellung im Gesicht/Hals, Brustschmerz, Lähmungserscheinungen, anhaltende starke Blutung, hochgradige Schmerzen, Fieber, Bewusstseinsstörungen) ist unverzüglich medizinische Hilfe erforderlich (Notruf 112).

4. Spezifische Risiken nach Untersuchungs- und Behandlungsmethode

Soweit einzelne der folgenden Verfahren bei mir angewendet werden bzw. angewendet werden sollen, wurde ich über die jeweils typischen Risiken, Nebenwirkungen und Alternativen aufgeklärt. Die konkrete Auswahl richtet sich nach meiner individuellen Situation. Bei Bedarf erfolgt eine zusätzliche, spezifische Aufklärung unmittelbar vor der Maßnahme.

4.1 Blutentnahme / Labordiagnostik (inkl. Kapillarblut, Dunkelfeldmikroskopie)

- Schmerzen an der Einstichstelle, Druckgefühl
- Bluterguss, Nachblutung, Schwellung
- Entzündung/Infektion (selten)
- Kreislaufreaktionen bis zur Ohnmacht
- selten: größere Hämatome, sehr selten: Nervenreizungen oder -verletzungen

4.2 Venenzugang und Infusionen (z. B. Vitamin-/Mikronährstoff-Infusionen)

Spezialhinweis hochdosierte Vitamin-C-Infusion (falls durchgeführt):

- Brennen/Stechen im Verlauf der Vene, Bluterguss, Schwellung
- Venenreizung/Phlebitis, in seltenen Fällen Thrombophlebitis
- Übelkeit, Kopfschmerzen, Hitzegefühl/Flush, Unruhe
- Kreislaufreaktionen (Schwindel, Blutdruckabfall), Müdigkeit

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

- allergische Reaktionen bis hin zur Anaphylaxie (selten bis sehr selten)
- Extravasation (Austritt der Infusionslösung ins Gewebe) mit lokalen Schmerzen/Schwellung, selten Gewebereizung
- bei Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel (G6PD-Mangel) besteht das Risiko einer Hämolyse; daher sind ggf. Voruntersuchungen erforderlich
- bei vorbestehender Nierenfunktionsstörung, Neigung zu Nierensteinen oder erhöhter Oxalatbelastung kann das Risiko für Nierenprobleme/Nierensteine erhöht sein
- selten: Störungen von Blutzuckermessungen bei bestimmten Messgeräten (Interferenzen)
- relevant insbesondere bei Diabetes

Hinweis: Je nach eingesetztem Arzneimittel/Präparat können weitere, präparatspezifische Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Gegenanzeigen bestehen. Diese werden im Einzelfall vor der Anwendung besprochen; ggf. erhalten Sie ergänzende schriftliche Informationen.

4.3 Injektionstherapien (intrakutan, subkutan, intramuskulär, peri-/intraartikulär, Triggerpunkte etc.)

- Schmerzen, Druckgefühl, Bluterguss, Schwellung
- Entzündung/Infektion, Abszess (selten)
- lokale Verhärtungen/Knötchenbildung (selten)
- sehr selten: Nerven- oder Gefäßverletzungen, stärkere Nachblutung

4.4 Neuraltherapie / Procain-Injektionen (falls durchgeführt)

- Brennen im Injektionsgebiet, vorübergehende Taubheit
- allergische Reaktion auf Procain (selten), sehr selten bis hin zum allergischen Schock
- Schwindel, Übelkeit, Metallgeschmack, Ohrgeräusche (Tinnitus), Unruhe
- Blutdruckabfall, Herzklopfen

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

- sehr selten: Krampfanfälle oder Herzrhythmusstörungen bei versehentlicher intravasaler Injektion oder Überdosierung (Notfall)

4.5 Eigenbluttherapie (falls durchgeführt)

- Schmerzen, Bluterguss, lokale Schwellung
- vorübergehende Temperaturerhöhung, Müdigkeit/Abgeschlagenheit
- kurzfristige Aktivierung/Verstärkung bestehender Beschwerden (Reaktionsphase)

- Infektion/Entzündung (selten)

4.6 PRP (Plättchenreiches Plasma) / Eigenplasma-Injektionen (falls durchgeführt)

- wie bei Injektionen allgemein: Schmerzen, Bluterguss, Schwellung, Infektion (selten)
- vorübergehende Zunahme von Schmerzen/Steifigkeit (Reaktionsphase)
- selten: anhaltende Schwellung, lokale Entzündung
- sehr selten: Nerven- oder Gefäßverletzungen, stärkere Blutung

4.7 Mesotherapie (falls durchgeführt)

- Schmerzen, Rötung, Schwellung, Bluterguss, Juckreiz
- Knötchen/Verhärtungen, lokale Überempfindlichkeit
- Infektion/Abszess, Narbenbildung (selten)
- Pigmentverschiebungen/Verfärbungen der Haut (selten)
- allergische Reaktionen auf Inhaltsstoffe (selten), sehr selten bis hin zur Anaphylaxie
- sehr selten: Gewebeschädigung/nekrotische Reaktion bei Unverträglichkeit oder Durchblutungsstörung

4.8 Ozontherapie (inkl. Ozon-Unterspritzungen / Darminsufflation, falls durchgeführt)

- lokale Reizung, Druckgefühl, Schmerzen an der Applikationsstelle
- Übelkeit, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Kreislaufreaktionen (selten)

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

- Bauchkrämpfe, Blähungen, Stuhldrang bei Darminsufflation (gelegentlich)
- Infektion/Entzündung (selten)
- sehr selten, aber ernst: Komplikationen bei Fehlapplikation (z. B. versehentliche intravasale Injektion) - in der Praxis werden Maßnahmen zur Vermeidung getroffen
- Ozon darf nicht eingeatmet werden; es kann die Atemwege reizen. In der Praxis wird eine sichere Anwendung ohne Inhalation gewährleistet.

4.9 Akupunktur (inkl. TCM-Akupunktur, ggf. Laserakupunktur)

- kurzzeitige Schmerzen an der Einstichstelle, Rötung, kleine Blutung
- Hämatome/blaue Flecken
- Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit, Kreislaufreaktionen bis zur Ohnmacht (selten)
- Entzündung/Infektion an Einstichstellen (selten)
- sehr selten: Verletzung tieferer Strukturen/Organe (z. B. Pneumothorax bei Thoraxpunkten), Nerven- oder Gefäßverletzung

4.10 Elektroakupunktur (falls durchgeführt)

- wie bei Akupunktur allgemein
- muskelkaterähnliche Beschwerden oder Muskelzucken während/nach der Behandlung
- Hautreizungen durch Elektroden (selten)
- bei bestimmten Vorerkrankungen/Implantaten (z. B. Herzschrittmacher/ICD) kann Elektroakupunktur kontraindiziert sein - ich informiere darüber

4.11 Lasertherapie / Lichttherapie (z. B. therapeutischer Laser, Low-Level-Laser; falls durchgeführt)

- vorübergehende Rötung, Wärmegefühl, Hautreizung
- selten: Verbrennungen/Blasenbildung bei empfindlicher Haut oder Fehlanwendung
- sehr selten: Augenschädigung bei fehlendem Schutz - Schutzbrille wird verwendet
- bei Photosensibilisierung (z. B. durch bestimmte Medikamente) kann das Risiko für Hautreaktionen erhöht sein

4.12 Schröpftherapie (trocken/blutig, falls durchgeführt)

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

- Hämatome/blaue Flecken (typisch), lokale Schmerzen/Druckgefühl
- Hautreizungen, Juckreiz, Blasenbildung (selten)
- Verbrennungen (bei Feuer-Schröpfen, selten)
- Entzündung/Infektion, insbesondere bei blutigem Schröpfen (selten)

4.13 Chirotherapie / Manuelle Medizin (falls durchgeführt)

- vorübergehende Schmerzen, Muskelkater, Verspannung, Kopfschmerzen
- kurzfristige Verschlimmerung bestehender Beschwerden (Reaktionsphase)
- selten: Nervenreizungen, ausstrahlende Schmerzen, Schwindel
- sehr selten, aber schwerwiegend: Gefäßverletzungen (insbesondere im Halsbereich) bis hin zu neurologischen Ausfällen/Schlaganfall, Bandscheiben- oder Gelenkverletzungen
- bei Warnzeichen (plötzliche starke Kopfschmerzen, Sehstörungen, Sprachstörungen, Lähmungserscheinungen, starker Schwindel) sofort Notruf 112

4.14 Magnetfeldtherapie (falls durchgeführt)

- in der Regel gut verträglich; gelegentlich Müdigkeit, Kopfschmerzen oder Schwindel
- bei Herzschrittmacher/ICD, bestimmten Implantaten oder Schwangerschaft können Einschränkungen/Kontraindikationen bestehen

4.15 Bioresonanz / Applied Kinesiologie / ähnliche komplementäre Verfahren (falls durchgeführt)

- in der Regel keine direkten körperlichen Nebenwirkungen
- es besteht das Risiko von Fehlinterpretationen bzw. dass notwendige schulmedizinische Diagnostik/Therapie verzögert wird - daher werden diese Verfahren nur ergänzend eingesetzt
- ich wurde darauf hingewiesen, notwendige fachärztliche Abklärungen und verordnete Medikamente nicht eigenmächtig abzusetzen

4.16 Infrarot-Licht-Therapie / Wärmebehandlungen (z. B. Hot-Stone, Wärmebad; falls durchgeführt)

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

- Wärmegefühl, Rötung, Schweißausbruch
- Kreislaufbelastung (Schwindel, Blutdruckabfall), Dehydratation
- selten: Verbrennungen bei empfindlicher Haut oder eingeschränkter Sensibilität
- bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist besondere Vorsicht erforderlich

4.17 Kälteanwendungen / Kaltbad (falls durchgeführt)

- Kältegefühl, Zittern, vorübergehende Schmerzen
- Kreislaufbelastung, Blutdruckanstieg oder -abfall, Schwindel
- selten: Unterkühlung, Hautschädigung/Frostbeulen bei Überexposition
- bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Raynaud-Syndrom oder Durchblutungsstörungen ist besondere Vorsicht erforderlich

4.18 Sauerstofftherapie (normobar/intervall, falls durchgeführt)

- trockene Schleimhäute, Reizung der Nase/Rachen, Hustenreiz
- Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit
- bei bestimmten Lungenerkrankungen (z. B. COPD mit CO₂-Retention) können besondere Risiken bestehen - ich informiere darüber
- sehr selten: Beschwerden bei zu hoher Sauerstoffkonzentration oder zu langer Anwendung (Anwendung wird ärztlich überwacht)

4.19 Psychotherapeutische Gespräche / Coaching (falls durchgeführt)

- vorübergehende emotionale Belastung, Traurigkeit, Unruhe oder Müdigkeit nach Gesprächen
- mögliche vorübergehende Symptomverstärkung durch Bearbeitung belastender Themen
- bei Krisen oder akuter Selbstgefährdung ist sofortige Hilfe erforderlich (Notruf 112 oder psychiatrischer Notdienst)

4.20 Ernährungsberatung und Mikronährstofftherapie (oral; falls durchgeführt)

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

- Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Übelkeit, Blähungen, Durchfall oder Verstopfung) je nach Präparat/Ernährungsumstellung
- Unverträglichkeiten/Allergien auf Inhaltsstoffe (selten)
- Wechselwirkungen mit Medikamenten sind möglich (z. B. bei Blutverdünnern, Schilddrüsenmedikamenten) - daher ist vollständige Medikamentenangabe erforderlich
- Überdosierungen einzelner Vitamine/Mineralstoffe sind bei unsachgemäßer Einnahme möglich (insbesondere fettlösliche Vitamine) - ich halte mich an die ärztliche Dosierung

4.21 Apparative Diagnostik (z. B. EKG, Ultraschall, Körperzusammensetzungsanalyse, Spirometrie; falls durchgeführt)

- in der Regel schmerzfrei und risikoarm
- Hautreizungen oder allergische Reaktionen durch Elektroden/Pflaster oder Gel (selten)
- bei Atemtests (z. B. Spirometrie): Schwindel oder Hustenreiz durch forcierte Atmung (gelegentlich)
- bei Blutdruckmessung: Druckgefühl am Arm, selten Hämatom

4.22 Homöopathie (falls durchgeführt)

- in der Regel sehr gut verträglich
- selten: Unverträglichkeiten auf Hilfsstoffe (z. B. Lactose) oder Magen-Darm-Beschwerden
- möglich: vorübergehende Erstreaktion/Erstverschlimmerung der Beschwerden
- Hinweis: notwendige schulmedizinische Diagnostik/Therapie darf dadurch nicht verzögert oder ersetzt werden

4.23 Neurofunktionales apparatives Training (LWS/Sacrum/Beckenboden; falls durchgeführt)

- Muskelkater, Müdigkeit, vorübergehende Schmerzen/Verspannungen
- vorübergehende Symptomverstärkung bei Überlastung
- selten: Zerrungen/Überlastungsbeschwerden

5. Angaben zu Vorerkrankungen, Risikofaktoren und Medikamenten

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Um Kontraindikationen und Risiken möglichst zuverlässig auszuschließen, ist eine vollständige Anamnese erforderlich. Bitte tragen Sie relevante Angaben ein (ggf. Fortsetzung auf zusätzlichem Blatt).

Hinweise des Patienten/der Patientin (Vorerkrankungen, Allergien, Implantate, Blutverdünner, Schwangerschaft etc.):

- ☐ Es bestehen keine relevanten Vorerkrankungen oder Risikofaktoren.
- ☐ Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein (z. B. ASS, Marcumar, NOAK/DOAK) / ich habe eine Blutungsneigung.
- ☐ Ich habe relevante Allergien/Unverträglichkeiten (bitte oben angeben).
- ☐ Ich bin schwanger / stille (oder ein Schwangerschaftsverdacht besteht).
- ☐ Ich habe einen Herzschrittmacher/ICD oder andere relevante Implantate.
- ☐ Ich leide an einer Nierenfunktionsstörung / Neigung zu Nierensteinen.
- ☐ Ich leide an Epilepsie / Krampfleiden.
- ☐ Ich leide an einer schweren Herz-Kreislauf-Erkrankung.

Weitere Fragen des Patienten/der Patientin:

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

(Soweit dieses Feld leer ist, bestehen keine weiteren oder nicht ausreichend beantworteten Fragen; eine weitergehende Beratung wird aktuell nicht gewünscht.)

6. Datenschutz und Dokumentation

Meine personenbezogenen Gesundheitsdaten werden zum Zweck der Diagnostik, Behandlung, Dokumentation, Terminverwaltung und Abrechnung verarbeitet und in einer (elektronischen) Patientenakte gespeichert. Die Verarbeitung erfolgt unter Beachtung der geltenden Datenschutzvorschriften und der ärztlichen Schweigepflicht. Soweit für Diagnostik/Behandlung erforderlich, werden hierfür notwendige Daten und ggf. Proben an externe Leistungserbringer (z. B. Labor) übermittelt; Befunde werden an die Praxis zurückübermittelt. Die Aufbewahrung erfolgt entsprechend gesetzlicher Aufbewahrungsfristen.

Zusätzliche (freiwillige) Einwilligungen - nur falls zutreffend, jederzeit widerruflich:

☐ Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten in anonymisierter/pseudonymisierter Form zu internen Qualitäts- und Fortbildungszwecken ausgewertet werden.

☐ Ich willige ein, dass Befunde/Arztbriefe (z. B. Labor, Diagnostik) an folgende Ärztin/folgenden Arzt bzw. Einrichtung übermittelt werden (z. B. Hausarzt):

☐ Ich willige ein, dass die Praxis mich zur Terminabstimmung sowie zur Übermittlung organisatorischer Hinweise per E-Mail kontaktieren darf. Mir ist bekannt, dass E-Mail keine absolut sichere Kommunikation darstellt.

☐ Ich willige ein, dass die Praxis mich zur Terminabstimmung sowie zur Übermittlung organisatorischer Hinweise per WhatsApp kontaktieren darf. Mir ist bekannt, dass hierbei Daten über einen externen Messengerdienst verarbeitet werden können und dass dies Sicherheitsrisiken bergen kann.

☐ Ich willige ein, dass zu medizinischen Dokumentationszwecken (Verlaufskontrolle/Befunddokumentation) Foto-/Videoaufnahmen (z. B. Hautbefunde)

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

angefertigt und in der Patientenakte gespeichert werden. Eine Nutzung zu Werbe-/Marketingzwecken erfolgt nur mit gesonderter Einwilligung.

() Ich wünsche eine Kopie dieser Patientenerklärung.

7. Einwilligungserklärung

Ich bestätige, dass ich vor Beginn der Behandlung über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartenden Nutzen sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt wurde. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit, konnte Fragen stellen und habe verständliche Antworten erhalten.

- Ich verstehe, dass ich die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich verstehe, dass ich die Behandlung jederzeit abbrechen kann.
- Ich verstehe, dass auch bei korrekter Durchführung Komplikationen auftreten können und dass die oben genannten Risiken nicht vollständig abschließend sein können.
- Ich wünsche die Durchführung der individuell vereinbarten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Bereich der Integrativen/Komplementären Medizin sowie ggf. schulmedizinischer Leistungen, wie im Aufklärungsgespräch besprochen und im Behandlungsplan/Vertrag dokumentiert.

Wirtschaftliche Information (Kosten): Mir ist bekannt, dass im Rahmen der Privatbehandlung/Selbstzahlerbehandlung Kosten entstehen können und dass eine (Teil-)Erstattung durch private Krankenversicherung/Beihilfe nicht gesichert ist. Ich wurde hierüber vor Beginn der jeweiligen Maßnahme informiert.

Hinweis zu Arzneimittelanwendungen (soweit zutreffend): Mir ist bekannt, dass bei einzelnen Arzneimitteln/Infusionen/Injektionen ein sogenannter Off-Label-Use (Anwendung außerhalb der Zulassung) vorliegen kann. Hierüber wurde ich im Einzelfall aufgeklärt; ich willige in die Anwendung ein, sofern diese ärztlich empfohlen und besprochen wurde.

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Notfall- und Sicherungsmaßnahmen: Für den Fall einer akuten, unvorhersehbaren Komplikation (z. B. Kreislaufreaktion, schwere allergische Reaktion) willige ich ein, dass unverzüglich medizinisch erforderliche Sofortmaßnahmen durchgeführt werden und ggf. der Rettungsdienst/ärztliche Notdienst hinzugezogen wird.

Ich bestätige, dass ich zum Zeitpunkt der Unterschrift einwilligungsfähig bin und diese Erklärung freiwillig abgebe.

Behandlungsmethoden zum Start der Behandlung (ggf. ergänzen):

Unterschrift Patient(in): _____



OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

Ort, Datum:	Name in Druckbuchstaben:
_____	_____

Unterschrift Patient(in): _____