

## Aufklärungs- und Fragebogen zur Wahrung der Patientensicherheit

Lieber Patient, liebe Patientin,

zur Sicherung unserer Sorgfaltspflicht rund um Ihre Wellness-, physiotherapeutische und/oder osteopathische Behandlung ist es notwendig, uns diesen Aufklärungs- und Fragebogen auszufüllen und zu unterzeichnen.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass wir auf Grundlage der aktuellen rechtlichen Situation und des medizinischen Kenntnisstandes zu Covid 19-Infektionen und Corona-Schutzimpfungen diese Sicherheitsmaßnahme ergreifen, um auch weiterhin Ihre Gesundheit in vollem Umfang zu unterstützen sowie in besonderem Maße Ihre Sicherheit im Hinblick auf mögliche Komplikationen unter oder nach einer Wellness-, physiotherapeutischen und osteopathischen Behandlung zu gewährleisten.

### 1. **Erklärung:**

(a) Ich versichere, dass ich alle meine Behandlungstermine im ManuSa GesundheitsRAUM nur dann wahrnehme, wenn ich frei von Erkältungssymptomen sowie Symptomen einer SARS CoV 2-Infektion bin. Sollte ich leichtere Erkältungssymptome ohne Fieber aufweisen und die Wellness- oder physiotherapeutische Behandlung dennoch wahrnehmen wollen, ist dies mit einem tagesaktuellen negativen Antigen-Test möglich. Osteopathische Behandlungen werden mit den o.g. Symptomen generell nicht durchgeführt, da sie einen wesentlichen Einfluss auf die Aktivität des Immunsystems haben. In diesem Fall sage ich den Behandlungstermin frühestmöglich, im besten Fall spätestens 24 Stunden vorher, bei späterem Bekanntwerden der Symptome allerspätestens bis fünf Stunden vor dem Behandlungstermin ab.

Mir ist bekannt, dass mir unabhängig vom Absagegrund verspätet abgesagte Behandlungstermine, welche nicht mehr neu vergeben werden können, in Rechnung gestellt werden.

(b) Des Weiteren bestätige ich, dass ich:

Die Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 **nicht erhalten** habe.

Die Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 **erhalten** habe.  
Die Impfung/en erfolgte/n an folgenden Daten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich hatte kürzlich Kontakt mit Personen, die innerhalb der letzten vier Wochen eine Corona-Schutzimpfung erhalten haben, und zwar zuletzt am:

\_\_\_\_\_

(c) Sollten folgende Beschwerden während oder nach der Behandlung auftreten, informiere ich unverzüglich den ManuSa GesundheitsRAUM / kontaktiere ich bei schweren Symptomen direkt meinen behandelnden Arzt oder im Falle der Nichterreichbarkeit den Notdienst:

- spontan auftretende Lähmungserscheinungen an Gliedmaßen oder im Gesicht, Taubheitsgefühle / Gefühlsstörungen, Sprech- / Hör- / Sehstörungen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel
- vegetative Symptome bis hin zu Schocksymptomen: Herzrasen, Blässe, Kaltschweißigkeit, allgemeines Unwohlsein
- Einschränkungen oder Verlust der Geruchs- und/oder Geschmackswahrnehmung

- auch leichte bis mäßige Empfindungs- und Wahrnehmungsstörungen
- Konzentrationsstörungen
- vermehrte Müdigkeit / Abgeschlagenheit
- Neuauftreten häufiger kalter Hände und Füße
- Gliederschmerzen
- Schwellungen, Druck / Schmerzen, Blutergüsse an Armen und/oder Beinen
- Kurzatmigkeit, Brustschmerzen

**2. Hinweis:**

- a) Um die Erhöhung des Risikos von Komplikationen/Nebenwirkungen nach einer Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 zu vermeiden und Ihre Sicherheit während und nach der Behandlung zu gewährleisten, führen wir:
- **keine Wellness- und physiotherapeutische Behandlung innerhalb von 2 Wochen nach einer Impfung** gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 und
  - **keine osteopathische Behandlung innerhalb von 4 Wochen nach einer Impfung** gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 durch

Wir bitten Sie um Verständnis für diese Sicherheitsmaßnahme.

**3. Haftungsausschluss:**

Der ManuSa GesundheitsRAUM übernimmt keine Haftung für eventuell nach einer physiotherapeutischen oder osteopathischen Behandlung auftretende Reaktionen / Schäden entsprechend der Auflistung unter Punkt 1.(c) dieses Papiers, sofern sie bei Personen auftreten, welche mindestens eine Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten haben, da diese regelmäßig als Folge der genannten Impfung auftreten können und deshalb ein kausaler Zusammenhang zur therapeutischen Intervention nicht eindeutig herzustellen ist.

Ich erkläre hiermit, den Inhalt dieses Schriftstückes vollumfänglich gelesen und verstanden zu haben. Mir ist bewusst, dass eine Behandlung im ManuSa GesundheitsRAUM nur erfolgen kann, wenn dieser Aufklärungs- und Fragebogen vollständig ausgefüllt und von mir unterschrieben wurde. Ich weiß, dass ich Fragen dazu jederzeit mit dem ManuSa GesundheitsRAUM klären kann. Weiterhin bestätige ich die Richtigkeit aller oben gemachten Angaben. Mir ist bewusst, dass ich im Falle unrichtiger Angaben die vollständige Haftung für eventuell entstehende Folgeschäden übernehme.

Pulsnitz, .....

.....

Patient / Kunde