

## Ihre Daten (bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/Hausnr.:	<input type="text"/>	PLZ / Ort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Tel. Privat:	<input type="text"/>	Tel. Mobil:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Bitte erinnern Sie mich per SMS an meinen bevorstehenden Termin (bitte ankreuzen, falls Erinnerungsservice erwünscht ist)	

Durch welchen Arzt / Heilpraktiker / Therapeut wurden sie überwiesen (Name/Ort)?

Wie haben Sie noch von Atlas Curatio® erfahren?

Internet  
  Facebook  
  Atlas-Curatio.de  
  Prospekt  
  Zeitung / Magazin  
 durch Person:   
  Sonstiges:

Welche Symptome führen Sie zu mir als Atlastherapeut?

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Unter welchen Beschwerden leiden Sie am meisten? (Hauptbeschwerden)

Befinden Sie sich derzeit in physiotherapeutischer Behandlung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, welcher Art?	<input type="text"/>
Haben Sie bereits Erfahrungen mit einer Atlasbehandlung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, welcher Art?	<input type="text"/>
Sind Sie schwanger? (Nur für Frauen)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Leiden Sie unter epileptischen Anfällen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Leiden Sie unter Osteoporose (erhöhte Knochenbrüchigkeit)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Hatten Sie ein Schleudertrauma?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, wann genau?	<input type="text"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Sind Sie an der Wirbelsäule operativ fixiert? (Versteifung durch Osteosynthesen)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, OP-Datum und Segment:	<input type="text"/>
Leiden Sie unter Depressionen, die mit Psychopharmaka behandelt werden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, seit wann:	<input type="text"/>

Gibt es weitere Behinderungen oder Krankheitsbilder?

Ich komme zur 1. Untersuchung auf Grund der oben angegebenen **Symptome** und **Beschwerden**. Die **Funktionsüberprüfung** und der **manuelle Befund** sollen Aufschluss geben über eine mögliche Fehlstellung des **Atlas (1. Halswirbel)**. Darüber hinaus erhalte ich Informationen zur Behandlung und **Methode** sowie über etwaige Zusammenhänge meiner Beschwerden. Eine darauf folgende Behandlung (**Korrektur**) ist unabhängig vom Befund und kann zu jeder Zeit durchgeführt werden. Nur auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin (mündliche Absprache), erfolgt die anschließende Atlas-Behandlung.

Datum:  **X**      Unterschrift / Erziehungsberechtigter:  **X**



# Patientenaufklärung zu Atlas Curatio® (Atlasbehandlung)

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

zur Behandlung Ihrer Erkrankung „Atlasfehlposition“  
wünschen Sie eine Atlasbehandlung.

Durch den Gesetzgeber sind wir gehalten Sie über  
zwar sehr seltene, aber eventuell mögliche Komplika-  
tionen aufzuklären:

Bei der Behandlung an der Wirbelsäule treten extrem  
selten schwerwiegende Komplikationen auf.

So kann es zum Beispiel bei bis dahin nicht erkannten  
vorgeschädigten oder klinisch stummen Bandschei-  
benvorfällen bzw. raumfordernden degenerativen Ver-  
änderungen, zu einer Aktivierung und somit zum Ent-  
stehen von Schmerzen und Lähmungserscheinungen  
im Bereich der Arme und Beine, als Ausdruck einer  
Nervenschädigung, kommen. Da hierbei oft Vorschä-  
digungen bestehen, kann eine solche Komplikation als  
„Gelegenheitsursache“ betrachtet werden, d.h. dieses  
Ereignis hätte ebenso durch einen anderen „banalen  
Auslöser“, wie z. B. Husten oder ungeschicktes Bü-  
cken, ausgelöst werden können.

Noch seltener (ca. 1:400.000 bis 1:2 Millionen) ist das  
Auftreten von Schädigungen der Gefäße, die das Ge-  
hirn versorgen. Dies entsteht meist auf dem Boden  
einer Vorschädigung der Gefäßwände und wird häufig  
durch banale Alltagsbewegungen ausgelöst (spontane

Dissektionen). Hierbei kann es dann zur Bildung von  
Blutgerinnseln kommen, die sich später ablösen kön-  
nen und Blutgefäße im Gehirn verstopfen können (Em-  
bolie). Die Folge können schwere Schädigungen des  
Hirnstammes sein. Wenn im Zusammenhang mit der  
Behandlung solche Gefäßereignisse beobachtet wer-  
den, stehen sie eher im zeitlichen, jedoch wohl meis-  
tens nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Be-  
handlung.

Aus diesem Grund ist es wichtig uns bereits be-  
stehende neurologische Ausfallserscheinungen wie  
Schluckstörungen, Doppelbilder, Sprachstörungen,  
Sensibilitätsstörungen, pulsierende Ohrgeräusche etc.  
anzugeben, um im Vorfeld eine solche Erkrankung  
möglichst auszuschließen. Auch ein schlagartiger Be-  
ginn der Kopfschmerzsymptomatik ohne äußere Ur-  
sache ist verdächtig.

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie in für  
Sie verständlicher und umfassender Weise über die  
seltenen Komplikationen der Atlastherapie aufge-  
klärt, Ihre Fragen ausführlich beantwortet und Sie  
über entsprechende Therapiealternativen beraten  
wurden. Termine für die Atlasbehandlung müssen  
ggf. mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt wer-  
den (Anruf, SMS oder WhatsApp an 01512-6164945),  
ansonsten müssen wir leider eine Aufwandspau-  
schale i.H.v. 125,- Euro berechnen.**

Ich habe eine Kopie dieser Aufklärung erhalten.

Ich wünsche ausdrücklich keine Kopie dieser Aufklärung.

Datum:

X

Unterschrift / Erziehungsberechtigter:

X

## Besondere Hinweise zum Heilmittelwerbegesetz (HWG)

Diesem Therapieverfahren liegen keinerlei Heilverspre-  
chen zugrunde. Aus den Texten kann weder eine Lin-  
derung noch eine Besserung eines Krankheitszustan-  
des abgeleitet, garantiert oder versprochen werden.  
Bei der hier vorgestellten Behandlungsmethode han-  
delt es sich um Verfahren der alternativen Medizin, die  
wissenschaftlich noch nicht anerkannt sind. Alle Anga-  
ben über Eigenschaften, Wirkungen und Indikationen  
beruhen auf den Erkenntnissen und Erfahrungen inner-

halb der Therapiemethoden selbst.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie explizit  
diese Behandlung wünschen.

Sie haben jedoch die Möglichkeit, Ihre Beschwerden  
durch konservativ-orthopädische oder schmerzthera-  
peutische Maßnahmen wie zum Beispiel Infiltrations-  
behandlungen, physiotherapeutische oder physika-  
lische Maßnahmen, Einnahme von Schmerzmitteln,  
Akupunktur, Osteopathie usw., behandeln zu lassen.

Datum:

X

Unterschrift / Erziehungsberechtigter:

X

### Für interne Zwecke

Abendveranstaltung am:

Termin Atlas:

Termin Kontrolle nach Atlas: