

Marco Pumptow

LNB Schmerztherapie

Heilpraktiker

O6, 9

68161 Mannheim

Tel.: 0621 – 86251056

Fax 0621 - 86251058

Lieber Patient,

um Sie optimal behandeln zu können und Missverständnisse zu vermeiden, benötige ich einige Angaben zu Ihrer Person und Krankheitsgeschichte vor der ersten Behandlung. Dazu bekommen Sie wichtige Informationen zum Behandlungsablauf, Verhaltensweisen während der gesamten Behandlung und zur Kostenabrechnung.

Bitte lesen Sie das Formular sorgfältig durch und beantworten die Fragen so genau wie möglich. Das ausgefüllte Formular schicken Sie mir bitte unterschrieben per E-Mail, Fax oder Post zurück.

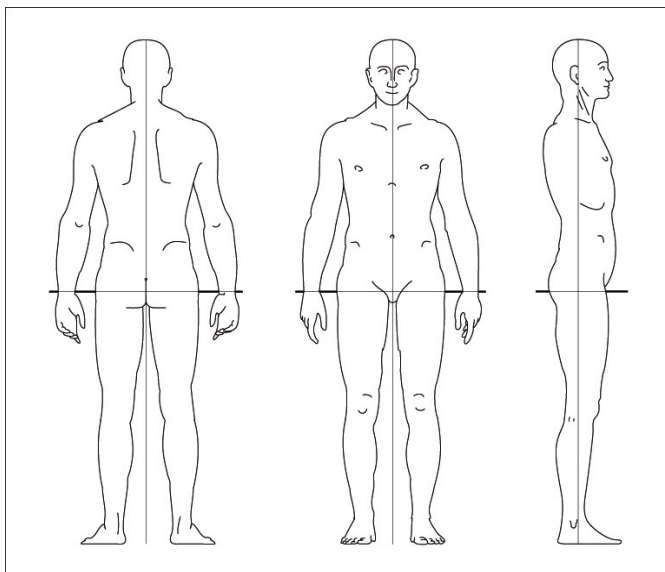
Name	_____	Vorname	_____
Wohnort	_____	Straße	_____
Geb.-Datum	_____	Beruf	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Hobby/Sport	_____		

Gibt es zu Ihrem Schmerzzustand eine oder mehrere **Diagnosen**? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Seit **wann** haben Sie Ihre Schmerzen? _____

Zeichnen Sie möglichst genau den Ort des Schmerzes ein (wenn möglich punktuell)



Wurden auf Grund Ihrer Schmerzen schon **Therapien** durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Nehmen Sie zurzeit **Medikamente**? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Wurden Sie schon einmal **operiert**? Ja Nein

Wenn ja, woran _____

Sonstiges:

Wichtige Informationen

- Die Reduktion des Schmerzes durch die **LNB Schmerztherapie** und die **Engpassdehnungen** sind sozusagen als Beweis zu betrachten, dass der Schmerz durch muskulär-fasziale Strukturen bedingt ist. Die Behandlung ist quasi eine Neuprogrammierung der Muskulatur.
- Aufgrund der über die Jahre eingefahrenen alten und manchmal auch nicht veränderbaren, Haltungs- und Bewegungsmuster droht immer wieder ein Zurückfallen des alten Zustandes. Man könnte es so beschreiben: Das neue erreichte Programm ist immer in Gefahr vom alten Programm wieder überschrieben zu werden!
- Um dies zu verhindern, und den in den Behandlungen erreichten Zustand dauerhaft auf niedrigem Schmerz-Niveau einzustellen, Schmerzfreiheit in absehbarer Zeit zu erreichen und auch zu erhalten, ist es notwendig, dass die Muskulatur und das Bindegewebe dauerhaft die dafür passenden Reize bekommen.
- Um die alten Programme dauerhaft zu überschreiben wird mit den Engpassdehnungen dem einseitigen Bewegungsalltag der passende Ausgleich entgegengesetzt.
- Zur Gesunderhaltung ist es also absolut notwendig, diese Engpassdehnungen regelmäßig und dauerhaft zu üben.
Solange ein Problem vorherrscht 7-mal in der Woche und zweimal am Tag (sofern vom Therapeuten nicht anders verordnet). Später sollten die Übungen ebenfalls beibehalten werden, um ein wiederholtes Auftreten der Schmerzen zu verhindern.
- Nach der Behandlung oder den Engpassdehnungen kann es zu Muskelkater kommen - dies ist ein positives Zeichen. Ein Zeichen, dass sich etwas verändert! In seltenen Fällen kann es zu blauen Flecken an den behandelten Stellen kommen – dies ist bei bestimmten Gewebstypen normal und kein Grund zur Sorge.

- Versuchen sie den Tag ruhig, ohne Stress, Elektrosmog, Sport und psychische Belastung – evtl. mit einem Spaziergang - ausklingen zu lassen.

Führen die mitgegebenen Engpassdehnungen je nach Gefühl mit der Intensität 7-9 durch.

- Ein heißes Bad oder eine heiße Dusche können bei gestresstem Muskel- und Bindegewebe wahre Wunder bewirken. Unter Umständen kann es hilfreich sein, den Körper zu entsäuern. Es gibt basische Mineralsalze zum Einnehmen und auch solche um den Körper in Form eines basischen Bades zu entsäuern.

- In der Regel bedarf es 2-3 Behandlungen mit der LNB Schmerztherapie, wobei wir in der ersten Behandlung feststellen können, ob diese Therapie für sie die richtige ist. Pro Behandlung werden Ihnen 100,00 € in Rechnung gestellt.

- Ich bitte um Ihr Verständnis: Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, ist es aus organisatorischen Gründen für mich zwingend notwendig ist, dass Sie den Termin mindestens 24 Stunden vorher persönlich, telefonisch oder per E-Mail absagen.

(Andernfalls erlaubt der Gesetzgeber nach §615 BGB, bei einem Fernbleiben des Patienten zu einem vereinbarten Behandlungstermin, den Ausfall der vorgesehenen Verordnungsleistung privat in Rechnung zu stellen.)

- **Ich bin mit der Behandlung und dem vereinbartem Honorar pro Behandlung einverstanden.**

Datum/Ort

Unterschrift Patient