

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name Vorname des Versicherten						
geb.am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.				Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum		

## Dokumentation Akupunktur im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung

Lokalisation  
Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept  
Therapieziel/Therapieplan  
Verlängerung

### Diagnose

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule  
 Chronische Knieschmerzen bei Gonarthrose
  links
 rechts

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich wegen oben genannter Beschwerden behandelt werde.  
Es handelt sich um chronische Beschwerden, die seit mehr als einem halben Jahr bestehen.

Bremen,  
.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten

### Schmerztherapeutisches Gesamtkonzept

	durchgeführt	geplant		durchgeführt	geplant
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Therapieziel

- Schmerzreduktion  
 Funktionsverbesserung
  Muskuläre Entspannung  
 .....

### Therapieplan

1.	6.	11.
2.	7.	12.
3.	8.	13.
4.	9.	14.
5.	10.	15.
Letzter Termin am		Letzter Termin am

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass die Akupunkturbehandlungen an den oben genannten Terminen durchgeführt wurden.

- Unterbrechung wegen unvorhergesehener Erkrankung / Krankenhausaufenthalt
 .....  
Unterschrift des Versicherten

### Begründung bei Verlängerung der Akupunkturtherapie

- Durch die ersten 10 Akupunkturbehandlungen haben sich meine Beschwerden um ..... Prozent gebessert.  
 .....

Bremen,  
.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Versicherten