

EINWILLIGUNG CHIROPRAKTIK



Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Therapie Ihrer Beschwerden, ist eine chiropraktische Behandlung sinnvoll. Bei jeder Art von Behandlung gibt es Risiken, über die der Patient informiert sein muss.

Mit diesem Infoblatt, möchten wir Sie über die typischen Risiken der Chiropraktik aufklären, damit Sie die Behandlung einwilligen können. Der Therapeut hat Sie eingehend untersucht und die Hinderungsgründe (Kontraindikationen) für eine chiropraktische Behandlung, bereits ausgeschlossen.

Welche Komplikationen können auftreten?

An den Extremitäten treten bei lege artis angewandter Chiropraktik, keine Risiken auf. Bei der Wirbelsäule kann man gewisse Risiken, auch bei fachgerechter Ausübung, nicht gänzlich ausschließen. Die medizinische Wissenschaft, kennt heute keinen Hinweis darauf, dass eine fachgerechte, ausgeführte chiropraktische Manipulation, einen Bandscheibenvorfall hervorrufen kann. Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe (Bandscheibenvorwölbung oder Vorfall), kann es ganz selten (weniger als 0.1%) zu einer Schädigung der Nervenwurzel kommen. Die Symptome sind dabei, Gefühlsstörungen in den Armen oder Beinen oder in noch weit geringeren Fällen, Lähmungen. Dies kann aber auch bei Bewegungen im Alltag (Bücken, Heben sogar Husten und Niesen) vorkommen. Halten diese Symptome länger an, kann eine Bandscheibenoperation nötig sein. Ebenso kennt die Wissenschaft, keine erwiesenen Verletzungen von gesunden Blutgefäßen, bei einer kunstgerechten, chiropraktischen Manipulation an der Halswirbelsäule (HWS). Sind die Gefäße vorgeschädigt, kann es zu Verletzungen der Halswirbelschlagader kommen. Diese Verletzungen sind ebenfalls sehr selten (weniger als 0,1%). Dabei kann sich auch ein Blutgerinnsel lösen, dass dann Gehirnabschnitte im Sinne eines Schlaganfalls schädigen kann.

Ihr Therapeut wird die Chiropraktik nur ausführen, wenn er bei Ihnen **keine Gefahr** von den oben genannten Risiken, erkennen kann. Für den Behandlungserfolg, kann er keine Garantie übernehmen.

Belinda Schwendenmann

Zertifizierter Therapeut für ganzheitliche Chiropraktik und manuelle Gelenktherapie

Einwilligungserklärung:

Ich wurde über die Risiken der chiropraktischen Behandlung informiert.

Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und hab keine weiteren Fragen. Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Datum, Ort, Unterschrift der Patientin/ des Patienten



Liebe Patientin, lieber Patient,

wertschätzende Behandlung, Zeit, Transparenz und Ruhe, sollen Eckpfeiler der Behandlung in unserer Praxis darstellen.

Um gemeinsam mit Ihnen ein ganzheitliches Therapieschema zu entwickeln, brauchen wir viele Informationen von Ihnen, wie z.B. zu Ihrer Krankengeschichte, Ihrem Lebensumfeld. Diese Informationen erfassen wir in einem ausführlichen Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen in aller Ruhe vollständig aus. Die anschließende, gründliche Untersuchung wird somit erleichtert.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort/PLZ: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Wieso suchen Sie unsere Praxis auf?

Beschwerden (Freie Schilderung)

Wo? (Lokalisation)

Wie? Schmerzcharakter (hell stechend, dumpf, ziehend...) Schmerzintensität auf einer Skala von 1-10:

Seit wann? _____ Wann (Tageszeit) _____

Gibt es auslösende Faktoren?

Nebenerkrankungen, bekannte Erkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein?

Hatten Sie in den vergangenen Jahren OP's, wenn ja welche?

- | | |
|---|---|
| - Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren o. Zugenommen? | Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| - Leiden Sie an Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Ohnmachtsanfällen, Epilepsie ? | Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie ein Druckgefühl in der Herzgegend? | Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| - Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen? | Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie geschwollene oder steife Gelenke? | Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| - Leiden Sie an Bluthochdruck oder Cholesterin? | Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| - Leiden Sie an Durchblutungsstörungen/Gefühlsstörungen an den Händen oder Armen /Füßen ? | Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |

Datum, Ort, Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Absolute Kontraindikationen für die spinale manipulativen Therapie nach WHO

- Anomalien (Dens, Invagination, usw)	ja []	nein []
- Akute Frakturen	ja []	nein []
- Tumore (Rücken, Hirn, WS)	ja []	nein []
- Akute Infektion WS	ja []	nein []
- Hämatome im Rückenmark/Hirn	ja []	nein []
- Luxation eines Wirbels	ja []	nein []
- Eindeutiger Prolaps mit neuro. Defizit	ja []	nein []
- Interne Stabilisierung/Fixierung	ja []	nein []
- Pos. Lhermitte/Kerning Zeichen (Lhermitte: Knie auf die Brust -> unangenehmes bzw schmerzhaftes oft elektr. Gefühl, im Arm, Rumpf, Beine)	ja []	nein []
- Angeborene Hypomobilität	ja []	nein []
- Zeichen der Instabilität	ja []	nein []
- Dysraphien (RM/WS) angeboren	ja []	nein []
- Kaudasyndrom	ja []	nein []

Relative Kontraindikationen für die spinalemanipulativen Therapie nach WHO

- Rheumatoide Arthritis	ja []	nein []
- Akute seronegative Spondylarthropathie	ja []	nein []
- Osteoporose	ja []	nein []
- Steroidbehandlung bei Osteoporose	ja []	nein []
- Zerebrovasikuläre Insuffizienz	ja []	nein []
- Apoplex/ Aneurysma	ja []	nein []
- Antikoagulationstherapie	ja []	nein []
- Gravität möglich	ja []	nein []
- De Kleyn Test pos.	ja []	nein []

Unterschrift Therapeut:
