

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name:	<input type="text"/>	Telefonisch erreichbar unter:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Name des aufklärenden Arztes bzw. der aufklärenden Ärztin:	<input type="text"/>
geb. am:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

PATIENTEN-AUFKLÄRUNG ZUR MANUELLEN THERAPIE, MANIPULATIONSTHERAPIE, CHIROPRAKTIK & MOBILISATION

Sehr geehrte/r Patient/in,

die manuelle Therapie wird zur Behandlung von reversiblen hypomobilen Dysfunktionen eingesetzt. Eine reversible hypomobile Dysfunktion bedeutet eine Gelenkstörung, welche sich wieder zurückbilden kann. Aus solchen Störungen können Bewegungseinschränkungen und Schmerzen im Bereich der Extremitäten sowie der Wirbelsäule hervorgehen. Ziel der oben aufgeführten Behandlungen ist, die schmerzfreie Gelenkbeweglichkeit wieder herzustellen.

In besonderen Fällen ist zuvor die Durchführung einer Röntgenaufnahme bzw. ein CT, MRT, digitale Volumentomografie oder eine Knochenszintigrafie notwendig. Ein erfahrener Manualtherapeut kann jedoch die Gelenkstörungen im Bereich der Extremitäten sowie der gesamten Wirbelsäule ertasten und behandeln.

MANIPULATIONSTHERAPIE

Häufig werden schmerzhafte reversible Bewegungseinschränkungen der Gelenke durch eine gezielte Manipulationstherapie behandelt. Eine Manipulationstherapie erfolgt mit schnellem, atraumatischem Impuls in das betroffene Gelenk.

MOBILISATIONSTHERAPIE

Hier werden Behandlungen mit Dehnungen und Entspannungsübungen durchgeführt, welche zu einer Aufhebung der Störungen im Bereich des Gelenkkapsel-Bandapparates erfolgt.

ALTERNATIVBEHANDLUNGEN

Injektionstherapie, Krankengymnastik, physikalische Therapie, medikamentöse Therapie.

RISIKEN UND KOMPLIKATIONEN

Durch jede Behandlung kann es zur Beschädigung der Strukturen kommen. Beispiele hierfür sind:

- Bandscheibenvorfälle
- Bandscheibenvorwölbungen
- Nervenwurzelreizungen bis Beschädigung
- Lähmungen
- Gefäßverletzungen mit dadurch bedingter Durchblutungsstörung
- Bildung von Blutgerinnsel, wie z.B. bei arteriosklerotischen Gefäßen (unter 0,01 %)
- Schlaganfall

VERHALTEN NACH DER BEHANDLUNG

Bitte verbleiben Sie für mindestens 30 Minuten im Wartebereich um bei eventuellen Beschwerden Ihren Arzt sofort benachrichtigen zu können.

Wenn nach der Behandlung gehäuft Beschwerden auftreten sollten wie Schmerzen, Schwindel oder Übelkeit informieren Sie bitte umgehend Ihren Arzt.



Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

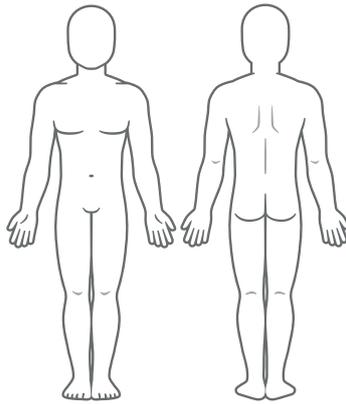


PATIENTEN-FRAGEBOGEN ZUR MANUELLEN THERAPIE, MANIPULATIONSTHERAPIE, CHIROPRAKTIK & MOBILISATION

WO BEFINDEN SICH IHRE AKTUELLEN BESCHWERDEN?

(zutreffende bitte ankreuzen)

- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Kopfbereich
- Brustbereich
- Beckenbereich
- Beinbereich
- Armbereich
- Handbereich
- Unterschenkel
- Füße
- Sonstige



BESTEHEHN HERZ-KREISLAUFERKRANKUNGEN?

(zutreffende bitte ankreuzen)

- Herzschwäche
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- künstliche Herzklappe

BESTEHEHN INFEKTIONSKRANKHEITEN?

(falls Ihnen bekannte bitte eintragen)

STRAHLEN DIE SCHMERZEN AUS? WENN JA, WOHIN?

NEHMEN SIE MEDIKAMENTE EIN? (ggf. bitte eintragen)

BESTEHEHN STOFFWECHSELERKRANKUNGEN?

(falls Ihnen bekannte bitte eintragen)

BESTEHEHN VORERKRANKUNGEN?

(zutreffende bitte ankreuzen)

- Osteoporose
- Rheumatische Erkrankungen
- Bindegewbserkrankungen wie Sklerodermie, Rheuma,
- andere nachfolgend aufgeführte:

SIND WEITERE ERKRANKUNGEN VORHANDEN?

(falls Ihnen bekannte bitte eintragen)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ich willige nach angemessener Bedenkzeit und reiflicher Überlegung in die vorgesehene Therapie (bzw. bei meinem Kind ein, sowie in Änderungen und Erweiterungen), wenn diese ärztlich notwendig oder geraten sind. Mit Neben- und Folgeeingriffen und Behandlungen (z. B. Intensivmedizin) und mit der Transfusion von Fremdblut bin ich, wenn notwendig, einverstanden.
- Meine Ärztin/mein Arzt hat mich intensiv und unmissverständlich über die möglichen Folgen einer Behandlung aufgeklärt.

Dortmund, den ~~X~~ _____

Unterschrift Patient(in): ~~X~~ _____

Unterschrift des Arztes: _____



Bitte beachten Sie auch die Vorderseite!

