

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 in die Behandlung einwilligen können.

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 sachgemäßer Ausübung der Therapie nicht gänzlich ausschließen. Die medizinische Wissenschaft kennt heute keinen Hinweis darauf, dass eine fachgerecht ausgeführte chiropraktische Manipulation einen Bandscheibenvorfall hervorrufen kann. Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe (Bandscheibenvorwölbung oder Bandscheibenvorfall) kann es ganz selten (weniger als 0,0001%) 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 täglichen Leben (Bücken, Heben und sogar Husten oder Niesen) vorkommen. Halten diese Symptome länger an, kann eine Bandscheibenoperation nötig werden. Ebenso kennt die Wissenschaft keine erwiesenen Verletzungen von gesunden Blutgefäßen bei einer kunstgerechten chiropraktischen Manipulation an der Halswirbelsäule. Sind die Gefäße vorgeschädigt, kann es zu Verletzungen der Halsschlagader kommen. Diese Verletzungen sind ebenfalls sehr selten (weniger als 0,0001%). Dabei kann es auch zu einem Lösen von Blutgerinnseln kommen, die dann Gehirnabschnitte im Sinne eines Schlaganfalls schädigen können. Diese Komplikation erfordert sofortige Behandlung im Krankenhaus, da sie lebensbedrohlich sein kann.

Ich werde die Chiropraktik nur ausführen, wenn ich bei Ihnen keine Gefahr aus den vorgenannten Risiken erkennen kann. Für den Behandlungserfolg kann ich natürlich keine Garantie übernehmen.

Injektionen

Um eine schnelle Wirkung zu erreichen, ist oft die Gabe eines Medikamentes über eine Spritze sinnvoll. Hierdurch erhöht sich das Risiko einer eitrigen Entzündung, trotz sorgfältigen und sterilen Vorgehens nach dem geltenden medizinischen Hygienestandard, auf 1:35000.

Es kann bei Spritzenbehandlungen in den Weichteilen oder an der Nervenwurzel zu Abszessbildung, Bluterguss, allergischer Reaktionen bis hin zum allergischen Schock oder Nervenschädigung kommen.

Wenn Sie eine Behandlung nicht wünschen, teilen Sie es mir bitte mit!

Ihr Team des Deutschen Institut für Chiropraktik

Einwilligungserklärung

Ich wurde über die Risiken der chiropraktischen Behandlung informiert. Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und keine weiteren Fragen. Ich willige in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Name und Unterschrift der Patientin/ des Patienten



Wieso suchen Sie unsere Praxis auf?

Beschwerden?

(freie

Schilderung)

Lokalisation

(Wo?)

Schmerzcharakter (Wie? - hell stechender, dumpf bohrender Schmerz), Schmerzintensität auf einer Skala von 1-10:

Wann? Beginn und Ablauf (was verbessert, was verschlimmert), bestimmte Tageszeiten

Seit

wann?

Gibt

es

auslösende

Faktoren?

Welche Krankheiten bestehen oder bestanden in den letzten Jahren? _____

Welche

Medikamente

nehmen

Sie

derzeitig

ein?

Hatten Sie in den vergangenen Jahren Operationen?

Nancy Biewald
FÄ f. Allgemeinmedizin
LANR: 425394701
BSNR: 948553500



09326 Geringswalde
Kellerberg 11
Tel. 037382 / 8846

Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren oder zugenommen?
Zutreffendes bitte ankreuzen

ja ☐ nein ☐

Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?

ja ☐ nein ☐

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen
bestimmte Substanzen, Medikamente, etc.? Wenn ja, welche?

ja ☐ nein ☐

Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachtsanfällen, Epilepsie?

ja ☐ nein ☐

Haben Sie Probleme mit den Augen oder Ohren?

ja ☐ nein ☐

Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?

ja ☐ nein ☐

Leiden Sie unter Herzjagen oder Herzstolpern?

ja ☐ nein ☐

Haben Sie geschwollene oder steife Gelenke?

ja ☐ nein ☐

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen/ Gefühlsstörungen der Hände
oder Arme oder schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?

ja ☐ nein ☐

Vielen Dank!

Datum _____

Name und Unterschrift _____