

Einverständniserklärung des Patienten

- Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.
- Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas wissen möchten oder nicht verstehen.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Die Chiropraktik ist eine im Allgemeinen gut verträgliche, medizinische Therapie, die sich in erster Linie mit Schmerzen und Störungen des Bewegungsapparates befasst.

Aufgeführt sind die häufigsten und die schwerwiegendsten Komplikationen der chiropraktischen Behandlung inkl. Impulsmanipulation, Mobilisation, Weichteiltechniken, Dry Needling, Therapeutische Lokalanästhesie:

1. Am häufigsten sind lokale Schmerzen und Verspannungen im behandelten Bereich, die sich jeweils innerhalb von 24-48 Std. deutlich zurückbilden.
2. Selten treten kurzzeitige/vorübergehende Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit und Ohrgeräusche auf
3. Bei Patienten mit einer verminderten Knochensubstanz (z.B. Osteoporose) besteht ein erhöhtes Risiko einer Rippenfraktur. Bitte weisen Sie Ihre:n Chiropraktor:in auf Ihnen bekannte Risikofaktoren (z.B. Essstörungen, frühe Menopause, Rauchen, familiäre Häufung) hin.
4. Sehr selten sind allergische Reaktionen auf das Lokalanästhetikum Lidocain möglich. Bei Injektionen jeglicher Art kann es zu Gefässverletzungen, Pneumothorax oder Infekten kommen.
5. Dissektion der A. Vertebralis: Nach aktuellem Stand der Wissenschaft kann kein kausaler Zusammenhang zwischen chiropraktischer Behandlungen der Halswirbelsäule und Verletzungen der Halsgefässe nachgewiesen werden (1). Bei vorgeschädigten Gefässen ist eine Behandlung mit Impulsmanipulation kontraindiziert. Es ist deshalb wichtig Ihre:n Chiropraktor:in auf allfällige Vorerkrankungen zu informieren.

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass:

- ich von dem/der unterzeichnenden Chiropraktor:in über die Diagnose, den Ablauf der Behandlung, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert wurde.
- ich genügend Zeit hatte, um meine Entscheidung zu treffen.
- Ich den/die Chiropraktor:in über meine mir bekannten Risikofaktoren informiert habe.
- Ich keine weiteren Fragen habe, genügend informiert bin und in die Behandlung einwillige.

Wetzikon, den.....	Unterschrift des Patienten.....
--------------------	---------------------------------

Bestätigung des/der Chiropraktor:in:

Ich bestätige, dass ich diesem/dieser Patienten:in Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung erläutert habe.

Wetzikon, den.....	Unterschrift des Prüfarztes.....
--------------------	----------------------------------