

## **Patientenaufklärung und Einverständniserklärung zu Behandlungsmaßnahmen der Osteopathie**

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Der Osteopath, stellt eine Diagnose und Therapiert mit individuell ausgewählten Therapieformen.  
Es können sowohl akute als auch chronische Beschwerden therapiert werden.  
Befunde und Behandlungen gehen bei der Sitzung überwiegend ineinander über.

### **Komplikationen/ Nebenwirkungen**

In seltenen, aber möglichen Fällen kann es nach einer Behandlung zu einer sogenannten „Erstverschlimmerung“ kommen. Dabei handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Verstärkung der Beschwerdesymptomatik.

Es kann bei der Manipulation der Halswirbelsäule zu Gefäßverletzungen und zu Störungen der Blutversorgung des Gehirns kommen. ( Häufigkeit bis 1 auf 2 Millionen)

Bei einer vorgeschädigten Bandscheibe oder einem bis dahin klinisch stummen Bandscheibenvorfall, kann es zu akuten Beschwerden im Sinne der Gelegenheitsursache kommen, d.h. dieses Ereignis wäre dann auch durch einen anderen „banalen Auslöser“ wie z.B. Husten oder ungeschicktes Bücken, ausgelöst worden

### **Kontraindikationen**

- Akuter Bandscheibenvorfall – Akute Entzündungen
- Frische Weichteilverletzung der Halswirbelsäule ( 4 - Wochen nach Unfall)
- Fieberhafte Erkrankung
- Brüche
- Fortgeschrittene Osteoporose mit pathologischer Frakturneigung
- Thrombosen/ Embolien/ Aneurysma
- Akut entzündliche Reaktionen an Gelenken bei chronisch entzündlichen Erkrankungen
- Dauerkortikoidbehandlung
- Implantierte Fremdkörper ( Herzschrittmacher/ Defibrillator etc.)
- Tumore / Metastasen ( abhängig von Lokalisation, ärztliche Abklärung notwendig)
- Inflammatorischer Rheumatismus
- Posttraumatische Hypermobilität

Bei den genannten Kontraindikationen ist eine eingeschränkte Behandlung oftmals möglich, sofern im Vorfeld eine medizinische/ ärztliche Abklärung vorangegangen und der Behandler informiert ist.

**Ihre Termine sind bis spätestens einen Arbeitstag vor dem Behandlungstermin abzusagen.**

**Andere Patienten sind dankbar. Nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt. Ihre Daten werden von uns gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes. **Unabhängig von der Erstattung ihrer Krankenversicherung ist das Honorar in jedem Fall vollständig zu begleichen****

**Herr Maximilian Eschner hat mich über die Risiken der Behandlung aufgeklärt.**

Ich bin mit den Behandlungsmaßnahmen einverstanden.

Dessau den:

---

Unterschrift der Patienten:

---