

Aufklärung über Behandlung mit Akupunktur

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

(Name, Vorname, Geburtsdatum) _____

bei Ihnen ist eine Behandlung mit Akupunktur geplant. Akupunktur ist ein Teilgebiet der traditionellen chinesischen Medizin (TCM). Sie geht von der Vorstellung aus, dass die im Körper fließende Lebensenergie (Qi) auf Energiebahnen (Leitbahnen) im Körper zirkuliert und einen steuernden Einfluss auf alle Körperfunktionen hat. Auf den Leitbahnen liegen die Akupunkturpunkte, mit deren Hilfe man die Energieflüsse beeinflussen bzw. regulieren kann, denn ein gestörter Energiefluss wird für Erkrankungen verantwortlich gemacht. Bei eng verwandten Methoden wird stumpfer Druck auf die Punkte ausgeübt (Akupressur ohne Nadel) oder sie werden erwärmt mittels angezündetem Beifußkraut auf der Akupunkturnadel (Moxibustion).

Die Nadelung an den ausgewählten Körperakupunkturpunkten oder Ohrakupunkturpunkten kann zu einem kurzzeitigen leichten Einstichschmerz führen und anschließend zu einem dumpfen Schwere- und Druckgefühl an den Einstichstellen (De -Qi- Gefühl). Hierdurch wird der Energiefluss nach chinesischer Lehre in Gang setzt. Es kann auch sein, dass dieses Gefühl entlang der Leitbahnen ausstrahlt. Bei starken unangenehmen stechenden, schneidenden, brennenden Schmerzen, die nicht weniger werden, sollte dies unbedingt während der Behandlung dem Behandler/in mitgeteilt werden. Während der Behandlung können unterschiedliche Phänomene wie Zittern, Kribbeln, Kälte- oder Hitzegefühl, Schwindel, Wut, Unruhe, Traurigkeit oder Angst empfunden werden, da sich Spannungen und Blockaden lösen. Ihre Empfindungen sollten Sie dem Behandler mitteilen.

Akupunktur wird in unserer Praxis vorwiegend für Erkrankungen im Hals- Nasen-Ohrenbereich und ergänzend zu den Methoden der Schulmedizin angewendet, bzw. wenn eine schulmedizinische Behandlung nicht zum Behandlungserfolg geführt hat. Eventuell ist eine weitere schulmedizinische Abklärung zusätzlich notwendig oder es gibt eine bessere Therapieform für Sie, dann wird der Behandler/in Sie darüber informieren.

Nebenwirkungen

Bei dieser Therapie treten nur sehr selten Nebenwirkungen auf. Folgende Nebenwirkungen können auftreten:

- Vegetative Reaktionen wie Herzschlagunregelmäßigkeiten, langsamer Herzschlag, niedriger Blutdruck, Übelkeit, Durchfall, Schwitzen, Schwächegefühl, sehr selten Kreislaufkollaps, Benommenheit
- Psychotrope Wirkungen (z.B. Wut, Unruhe, Traurigkeit, Angst, Panik, Euphorie, Lethargie)
- Örtliche Infektionen an den Einstichstellen, dies ist sehr selten, da sterile Einmalnadeln verwendet werden, bei Nadelung am Ohr kann es zu einer Weichteil oder Knorpelinfektion der Ohrmuschel kommen (Erysipel, Perichondritis)
- Schmerzen, wenn sich der Patient während der Sitzung bewegt, sich anspannt oder bei Nadelmanipulation
- Örtliche Blutergüsse (Hämatome), besonders bei Akupunktur im Kopfbereich, evtl. kann eine leichte Blutung beabsichtigt sein, bei Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten kann es begünstigt zu Blutergüssen kommen.
- Nervenschmerzen als mögliche Folge der Nadelung durch mechanische Irritation von Nerven, die in der Nähe von Akupunkturpunkten liegen, diese können über längere Zeit andauern. Haut-, Gewebe- und Nervenschäden sind selten, können aber dauerhafte Folgen haben, wie Schmerzen, Entzündung, Absterben von Gewebe, Narben, Empfindungs- und Funktionsstörungen, Lähmungen.

Patient/Patientin (Name, Vorname, Geburtsdatum) _____

- Ausgeprägte Müdigkeit bzw. vorübergehende übermäßige Entspannung nach der Behandlung, unter Umständen mit Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit
- Aktivierung von latenten (bereits vorhandenen, aber noch nicht ausgebrochenen Krankheitsprozessen), sowie eine vorübergehende, sehr selten auch länger bestehende Verschlechterung des behandelten Leidens (so genannte „Erstverschlimmerung“)
- Patienten mit Schuppenflechte: neue Herde können durch die Nadelung anfangs etwas verstärkt werden (Koebner- Phänomen)
- Wehenanregung bzw. Abortauslösung bei Schwangeren durch übermäßige Stimulation bestimmter Punkte
- Zyklusunregelmäßigkeiten, erhöhte Fruchtbarkeit
- Verletzung innerer Organe (z.B. Herz, Leber, Darm, Milz, Lunge (Pneumothorax))
- Allergie oder Überempfindlichkeit auf Desinfektionsmittel oder Metall/Kunststoff der Nadel mit Schwellung, Juckreiz, Ausschlag, Erbrechen bis zum allergischen Schock
- In extrem seltenen Fällen kann eine Akupunkturnadel abbrechen, ggf. kann dies einen operativen Eingriff zur Entfernung der Nadel erforderlich machen
- Mögliche lokale Hautverbrennung, falls eine Wärmebehandlung (Moxibustion) durchgeführt wird. Bei einer Wärmebehandlung (Moxibustion) informieren Sie uns bitte, falls Ihnen die Wärmequelle als unangenehm oder zu heiß erscheint.

Falls Nebenwirkungen auftreten sollten, werden ggf. Gegenmaßnahmen erforderlich (z.B. Entfernung oder Umplatzierung einer Nadel bzw. einer Wärmequelle). **Falls zu einem späteren Zeitpunkt Nebenwirkungen auftreten sollten (Entzündungen, Fieber, starke Schmerzen, Atemschwierigkeiten etc.), bitten wir um sofortige Rücksprache und gegebenenfalls Wiedervorstellung.**

Während der Behandlung sollten Sie starke Bewegungen vermeiden und möglichst ruhig halten. Vor- und nach der Behandlung, sollten Sie sich Ruhe gönnen, Hektik, Aufregung und anregende und beruhigende Mittel vermeiden (z.B. Alkohol, starken Kaffee, Schlafmittel) und erst 30 Minuten nach der Behandlung wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Kontraindikationen:

Es gibt keine absoluten Kontraindikationen für eine Akupunktur, aber einige relative Kontraindikationen. In folgenden Fällen darf die Akupunktur nur unter besonderer Abwägung durchgeführt werden.

Bitte beantworten Sie uns hierzu folgende Fragen:

- 1) Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? _____
Teilen Sie uns vor jeder Therapie mit, ob Sie zum Zeitpunkt der Behandlung Ihre Menstruation haben.
- 2) Besteht eine Blutgerinnungsstörung durch eine Erkrankung (z.B. Hämophilie, Thrombozytopenie, Anämie, Leukämie etc.) oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? _____
- 3) Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS, Hirnhautentzündung, Tuberkulose)? _____
- 4) Besteht/Bestand eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Herzinfarkt)? _____
- 5) Besteht/Bestand eine weitere Gefäßerkrankung (z.B. Durchblutungsstörungen in Beinen oder Armen, Gehirn etc.)? _____

Patient/Patientin (Name, Vorname, Geburtsdatum) _____

- 6) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

- 7) Besteht eine Allergie z.B. Metalle, Kunststoffe, Silikon, Pflaster, Desinfektionsmittel, bestimmte Medikamente? (wir verwenden Stahlnadeln zur Akupunktur)

- 8) Besteht/Bestand eine Atemwegserkrankung (z.B. Asthma, COPD, Lungenentzündung, Fehlbildung etc.)?

- 9) Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Gicht, Diabetes)?

- 10) Besteht eine Erkrankung des Nervensystems (z.B. Gehstörungen/Lähmungen, Krampfleiden (Epilepsie), Parkinson, Gefühlsstörungen, Polyneuropathie, Schmerzen)? Mussten Sie sich schon neurochirurgischen Eingriffen nach schweren Traumata oder bei neurologischen Erkrankungen unterziehen?

- 11) Leiden Sie an einer psychiatrischen Erkrankung (z.B. akute und schwere endogene Depression, Schizophrenie, Burn Out, Neurose, Angststörung, Panikstörung)?

- 12) Besteht eine Erkrankung des Immunsystems (z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Rheuma, Multiple Sklerose, Immunschwäche)?

- 13) Besteht eine Augenerkrankung (z.B. Grüner Star)?

- 14) Besteht eine Hauterkrankung (z.B. Ausschlag, Schuppenflechte, Hautkrebs, offene oder infizierte Hautstellen)?

- 15) Besteht/Bestand eine Krebserkrankung und hatten Sie diesbezüglich eine Therapie (z.B. Chemotherapie, Bestrahlung etc.)?

Notizen zur Aufklärung:

Einwilligung:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.
Über die geplante Akupunkturbehandlung, Kostenübernahme, Behandlungsalternativen, Art und Bedeutung der Behandlung, Risiken und mögliche Komplikationen, Erfolgsaussichten wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit der Behandlerin /dem Behandler _____ ausführlich informiert. Alle mir wichtig erscheinenden Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert**, benötige **keine weitere Bedenkzeit** und **willige** in die vorgesehene Akupunkturbehandlung **ein**. **Verhaltenshinweise** werde ich beachten. Ich bin bereit, die Kosten für die Behandlung selbst zu übernehmen, wenn meine Krankenkasse diese Kosten nicht trägt.
Falls **Kontraindikationen** zutreffen, bin ich darüber eindringlich aufgeklärt worden und bin mit einem dadurch bedingten eventuell **erhöhten Risiko** für Nebenwirkungen oder besonderen Vorsichtsmaßnahmen **einverstanden**.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift Behandlerin/Behandler