

Patienteninformation/ Merkblatt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient - liebe Eltern

Sie oder Ihr Kind haben unsere Praxis aufgesucht.

Im Falle von Funktionsstörungen oder Asymmetrien der Wirbelsäule kommt die Manuelle Medizin zur Diagnostik und Therapie in Frage. Hierbei handelt es sich um ein Jahrtausend altes Behandlungsverfahren, das ausschließlich Ärzten vorbehalten ist und zur Durchführung einer speziellen Ausbildung und Genehmigung durch die Ärztekammer bedarf.

Durch den Gesetzgeber sind wir gehalten, Sie über seltene aber eventuell mögliche Komplikationen und Risiken aufzuklären.

Bei Manipulationen der Halswirbelsäule, die durch Drehung und Zug ausgeführt wird, kann es zu Verletzungen von Gefäßstrukturen oder Nerven kommen. Hierbei sind auch durch das Abscheren von Gefäßen Todesfälle beschrieben worden.

Diese Technik wenden wir bei Orthokiss nicht an.

Wir führen Manipulationen nach der Technik von Gutmann aus, die ausschließlich aus der Neutralhaltung mit axialem oder seitlichen Impuls erfolgt. Hierbei sind bisher keine Gefäß- oder Nervenverletzungen beschrieben worden, können aber dennoch nicht ausgeschlossen werden.

es können vegetative Begleitreaktionen wie Schwindel, Kopfschmerz und Übelkeit auftreten, die häufig wieder nach kurzer Zeit verschwinden.

Eine wie bei Erwachsenen auftretende Schädigung von Gefäßen oder Nerven ist bisher bei Säuglingen nicht aufgetreten, kann aber dennoch nicht ausgeschlossen werden.

Aufklärungsbogen Orthokiss Manuelle Therapie

Bei Manipulationen in Segmenten mit einer vorgeschädigten Bandscheibe oder eines bis dahin stummen Bandscheibenvorfalles kann es zu Auslösung von akuten Beschwerden im Sinne einer Gelegenheitsursache kommen. Das bedeutet, daß diese Beschwerden auch durch banale Auslöser wie Husten oder ungeschicktes Bücken hervorgerufen worden wären. Eine vorübergehende Beschwerdezunahme solcher Beschwerden kann ebenfalls nicht sicher ausgeschlossen werden.

Bei Auftreten sämtlicher unklarer Beschwerden, die im Zusammenhang mit unserer Behandlung stehen, bitten wir Sie, sich umgehend an unsere Praxis zu wenden.

Ich/ wir haben das vorliegende Merkblatt ausführlich gelesen und im Rahmen eines Aufklärungsgespräches alle aufgetretenen Fragen geklärt.

Ich/ wir willigen in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(-in)

(Erziehungsberechtigter)

Unterschrift Arzt