



Einverständniserklärung/ Aufklärung Akupunktur

Bei der Akupunkturtherapie werden in Abhängigkeit von Ihrem Zustand und Ihrer Symptomatik bestimmte Punkte mit Nadeln behandelt.

Dabei wird die Selbstregulation des Körpers angeregt. Sie spüren dies durch ein dumpfes Druckgefühl im Bereich der Nadel.

Akupunktur ist eine sichere und wirkungsvolle Therapiemethode. Manchmal können allerdings auch folgende Nebenwirkungen auftreten:

- Ein oberflächliches Blutgefäß der Haut kann von der Nadel getroffen werden und es kann ein Bluterguss entstehen.
- Das Akupunkturgefühl kann nach dem Entfernen der Nadel bis zu zwei Tage anhalten.
- Bei einigen Patienten tritt auch ein Schwindelgefühl oder ein Kreislaufkollaps auf, jedoch extrem selten, wenn Sie während der Akupunktur liegen. *
- Das Steckenbleiben einer Nadel in der Muskulatur oder Nadelbruch ist bei mir wegen der verwendeten sterilen Einmalnadeln bester Qualität noch nie aufgetreten. *
- Während der Behandlung sollten Sie uns sofort unterrichten, wenn Sie sich nicht wohl fühlen, oder Ihnen eine Nadel weh tut. Bitte bewegen Sie sich keinesfalls, während die Nadeln stecken.
- Kommen Sie bitte nicht hungrig, sehr müde, gestresst oder direkt nach dem Sport bzw. starkem Schwitzen zur Behandlung. Auch direkt nach starken emotionalen Ereignissen (Trauer, Zorn, Unfall) sollte keine Behandlung erfolgen. Alltagsärger und „normaler“ Stress stellen kein Problem dar.
- Während der Schwangerschaft sollte möglichst keine Akupunkturtherapie erfolgen (besonders bei bestehender Abort-Neigung). Ausnahmen sind unter anderem bei starken Schmerzen möglich.
- Kommen Sie bitte mit entlasteter Blase zur Therapie, damit Sie entspannt liegen können.
- Bitte unterrichten Sie uns über verstärkte Blutungsneigung (z. B. durch Medikamenteneinnahme).
- Nach der Behandlung kann es zu Müdigkeit kommen. Berücksichtigen Sie dies bei der Führung eines Kraftfahrzeuges z.B. durch Einlegen einer Schlaf- bzw. Bewegungspause.

Ich wurde über die oben aufgeführte Therapie aufgeklärt und meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich erkläre hiermit, dass ich mit der Therapie einverstanden bin.

Vor und Nachname _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/in (Erziehungsberechtigte(r)) _____