



Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

## MANUELLE THERAPIE - Patientenaufklärung

Manuelle Therapie ist eine besondere Form der Behandlung von Störungen der Muskel-, Gelenk- und Nervenfunktionen und den daraus resultierenden Einschränkungen. Es können sowohl akute als auch chronische Beschwerden therapiert und gelindert werden. Bei der Behandlung werden durch therapeutische Handgriffe die Wirbelsäule oder Gelenke der Extremitäten mobilisiert. Ziel der manuellen Therapie ist immer die Wiederherstellung der Muskel- und Gelenkfunktionen sowie die Schmerzlinderung.

### Anwendungsgebiete:

- Rückenschmerzen/Bandscheibenprobleme
- Schulter-Nacken-Beschwerden
- Kopfschmerzen
- Kiefergelenksstörungen
- Abnutzungserscheinung von Gelenken (Arthrose) und deren Folgen
- Muskel- und Nervenprobleme (Ischias, Tennisarm)
- Schmerzen/Probleme nach Sehnen- und Bänderverletzungen
- Beschwerden/Bewegungseinschränkungen nach Knochenbrüchen
- u. v. a.

### Kontraindikationen (Gegenanzeigen) / Eingeschränkte Behandlung bei:

- Frische Weichteilverletzung der Halswirbelsäule (4-8 Wochen nach Trauma)
- Posttraumatische segmentale Hypermobilität
- Akuter lumbaler Bandscheibenvorfall mit radikulärer Symptomatik
- Akuter zervikaler Bandscheibenvorfall mit und ohne radikulärer Symptomatik
- Akut entzündliche Reaktionen an den Gelenken, akut entzündliche Schübe bei chronischen Erkrankungen
- Fortgeschrittene Osteoporose
- Tumore und Metastasen abhängig von der Lokalisation, ärztliche Abklärung notwendig
- Für die sanfte Mobilisation in die freie Richtung (insbesondere Traktionsmobilisation) bestehen keine Kontraindikationen.

### Risiken der Behandlung:

- Vorübergehend muskelkaterähnliche Schmerzen
- Gelegentlich leichte Beschwerden in den behandelten Wirbelgelenken und in der Haut
- Bei Behandlung der Halswirbelsäule leichter Schwindel und Kreislaufsymptome
- In seltenen Fällen (mit einer Wahrscheinlichkeit von 1 : 400.000 – 1 : 2.000.000) kann es nach Behandlung der Halswirbelsäule bei entsprechenden Voraussetzungen zu einer Hirnblutung oder einem Schlaganfall kommen.

Individuelle Risikofaktoren des Patienten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen des Therapeuten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich über die Untersuchung und Behandlung mittels Manueller Therapie aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. Ich wünsche die Behandlung mittels Manueller Therapie. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den Therapeuten bzw. einen Arzt verständigen. Eine Gewähr für einen Erfolg kann nicht übernommen werden.

Ich verzichte auf die Information und Aufklärung und wünsche dennoch die Behandlung mittels Manueller Therapie.

Datum/Unterschrift (ggfs. Erziehungsberechtigter)

Unterschrift Therapeut/Stempel