



Aufklärungsbogen Akupunktur/ Triggerpunkt-Akupunktur

Patienteninformation und Einverständniserklärung

Name	Vorname	Geburtsdatum/Pers.-Nr./ggfs. Etikett

Ablauf und Ziel der Therapie

Bei der Akupunktur bzw. Triggerpunkt-Akupunktur werden sterile Einmal-Akupunkturadeln in ausgewählte Akupunkturpunkte bzw. Triggerpunkte eingebracht.

Ziel der Behandlung ist – abhängig vom jeweiligen Beschwerdebild – insbesondere eine Linderung von Schmerzen und/oder muskulären Verspannungen. Ein bestimmter Behandlungserfolg kann nicht garantiert werden.

Die Behandlung erfolgt unter Berücksichtigung der erforderlichen medizinischen Sicherheits- und Hygienemaßnahmen.

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen

Akupunktur ist bei fachgerechter Durchführung ein insgesamt sehr sicheres und nebenwirkungsarmes Verfahren. Dennoch können Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten.

Möglich sind insbesondere:

- vorübergehende Schmerzen oder Missempfindungen beim Einstich oder an der Einstichstelle
- kleinere Blutungen oder Blutergüsse (Hämatome)
- vorübergehende muskelkaterähnliche Beschwerden
- Müdigkeit oder vorübergehende Kreislaufreaktionen wie Schwindel oder Ohnmacht
- vorübergehende Verstärkung bestehender Beschwerden („Erstreaktion“)



Sehr selten können insbesondere auftreten:

- Infektionen
- allergische Reaktionen
- Verletzungen von Nerven oder Blutgefäßen
- Verletzungen innerer Organe; bei Nadelungen im Brustkorbbereich insbesondere eine Verletzung der Lunge mit Eindringen von Luft in den Brustraum (Pneumothorax)
- Abbrechen einer Akupunkturnadel

Wichtige Angaben vor der Behandlung

Bitte informieren Sie uns insbesondere, wenn bei Ihnen eine der folgenden Situationen vorliegt:

- ☐ Gerinnungsstörung oder Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
- ☐ Schwangerschaft oder mögliche Schwangerschaft
- ☐ Epilepsie / Krampfanfälle
- ☐ ausgeprägte Angst vor Nadeln
- ☐ Sonstige Besonderheiten: _____

Einverständniserklärung

Ich wurde in einem persönlichen ärztlichen Gespräch über Art, Durchführung und Ziel der vorgesehenen Akupunktur bzw. Triggerpunkt-Akupunktur sowie über mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen aufgeklärt.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Meine Fragen wurden für mich verständlich beantwortet.

Ich willige in die Durchführung der besprochenen Behandlung ein.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____