Das Haus der Chiropraktik · Hebbelstr. 24 · 14469 Potsdam

Patientenaufklärung und Einwilligung zur chiropraktischen Behandlung

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Dieser Bogen ergänzt das persönliche Aufklärungsgespräch und ersetzt es nicht (§ 630e BGB). Bitte lesen Sie ihn vollständig und fragen Sie nach, wenn etwas unklar ist.

1. Art der Behandlung

Nach Anamnese und Untersuchung werden Funktionsstörungen von gesamt. Wirbelsäule, Becken und Gelenken mit den Händen behandelt: Mobilisation (sanfte, langsame Bewegungen), Weichteiltechniken und ggf. Manipulation (kurzer, schneller Impuls, oft mit hörbarem „Knacken“), auch an der Halswirbelsäule (HWS). Ein bestimmter Behandlungserfolg kann nicht zugesichert werden.

2. Häufige, meist vorübergehende Nebenwirkungen

Muskelkaterähnliche Beschwerden, selten bis kaum - vorübergehende Schmerzverstärkung, Kopfschmerzen, Müdigkeit oder leichter Schwindel. Sie klingen in der Regel innerhalb von 24–72 Stunden ab.

3. Seltene bis sehr seltene, teils schwerwiegende Risiken

Durch einen qualifizierten Chiropraktor ausgeführt, gilt die Chiropraktik als risikoarm. Gewisse Risiken lassen sich jedoch auch bei kunstgerechter Durchführung nicht völlig ausschließen: Muskel- oder Bänderzerrungen sowie Rippenprellungen oder -brüche (v. a. bei Osteoporose). Bei bereits bestehenden Bandscheibenvorwölbungen oder einem unbekannten Bandscheibenvorfall kann es selten (unter 0,1 Promille) zu einer Nervenschädigung mit ausstrahlenden Schmerzen, Gefühlsstörungen oder – noch seltener – Lähmungen an Armen oder Beinen kommen, ggf. mit stationärer Behandlung oder Operation. Sehr selten sind Einblutungen im Wirbelkanal (Hämatom), die operiert werden müssen und bleibende Lähmungen verursachen können.

Speziell bei Manipulation der Halswirbelsäule: Noch wesentlich seltener (unter 0,01 Promille; Schätzungen ca. 1 : 400.000 bis 1 : 1.300.000) kann es zu einem Einriss der Wand einer hirnversorgenden Arterie (Dissektion der Wirbel- oder Halsschlagader) kommen. Dabei können sich Blutgerinnsel bilden, die zu einem Schlaganfall mit bleibenden Folgen (z. B. Lähmungen, Sprach- oder Sehstörungen) bis hin zum Tod führen und eine Krankenhausbehandlung erfordern. Eine umfassende Meta-Analyse (2024, 128 Studien) fand keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen HWS-Manipulation und Dissektion; als wahrscheinliche Erklärung früherer Befunde gilt, dass eine bereits beginnende Dissektion Nacken- oder Kopfschmerzen auslöst, die erst zur Behandlung führen. Ein ursächlicher Zusammenhang im Einzelfall kann dennoch nicht sicher ausgeschlossen werden, und eine bestehende, unerkannte Dissektion kann durch die Behandlung verschlimmert werden. **Unser Personal ist so weit geschult, dass Risiken vorab eingeschätzt werden können. Ein Restrisiko bleibt immer bestehen.**

4. Ihre Mitwirkung – bitte unbedingt angeben

Osteoporose, blutverdünnende Medikamente, Tumor- oder entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Bandscheibenvorfälle, Operationen oder Unfälle an der Wirbelsäule, Schwangerschaft. Für Gefäßeinrisse an der HWS gelten nach aktueller Studienlage als Risikofaktoren: Migräne, bekannte MTHFR-Genvariante, Bluthochdruck, kürzliche (auch leichte) Verletzungen von Kopf/Nacken, kürzliche Infekte, Einnahme der Pille, Bindegewebserkrankungen, frühere Gefäßeinrisse oder Schlaganfälle sowie neu aufgetretene, ungewöhnliche Kopf- oder Nackenschmerzen.

5. Warnzeichen – sofort ärztliche Hilfe (Notruf 112)

Plötzliche heftige Kopf- oder Nackenschmerzen, Schwindel mit Gangunsicherheit, Seh-, Sprach- oder Schluckstörungen, Taubheit oder Lähmungen in Gesicht, Armen oder Beinen, Störungen der Blasen- oder Darmkontrolle. Bitte informieren Sie uns zusätzlich.

7. Kosten, Terminabsagen, Datenschutz

Die Behandlung ist eine Privatleistung; eine Erstattung durch Krankenkasse, private Versicherung oder Beihilfe ist nicht garantiert (bitte Selbstrecherchieren). Nicht spätestens 12 Stunden vorher abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden. Ihre Daten werden zur Behandlung und gesetzlichen Dokumentation in der Praxis gespeichert und nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben, sofern keine gesetzliche Pflicht besteht. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung und – nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen – Löschung.

Erklärung und Einwilligung

Ich wurde in einem persönlichen Gespräch über Art, Ablauf, Risiken und Alternativen der Behandlung aufgeklärt, habe die obigen Ausführungen gelesen und verstanden. Meine Fragen wurden beantwortet, ich hatte ausreichend Bedenkzeit. Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

☐ **Ich willige in die Untersuchung und Behandlung ein, einschließlich Manipulation an der Halswirbelsäule.**

☐ Ich möchte eine Kopie dieses Bogens erhalten (§ 630e Abs. 2 BGB).

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in (bei Minderjährigen: alle Sorgeberechtigten)

Chiropraktor Nico Krause · Hebbelstraße 24, 14469 Potsdam · Tel. 0331-23 14 92 78 · Mobil 0176 832 07 772 · welcome@dashausderchiropraktik.de