

Einverständnis für Akupunktur

Informierte Zustimmung für Akupunktur- und Traditionelle Chinesische Medizin-Behandlungen

Klienteninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Behandlungsinformationen

Was ist Ihr Hauptgrund für die Akupunktur? *

Behandlungsoptionen von Interesse

☐ Körperakupunktur

☐ Ohrakupunktur

☐ Elektroakupunktur

☐ Moxibustion

☐ Schröpfen

☐ Gua Sha

☐ Kräutermedizin-Beratung

☐ Tui Na (Chinesische Massage)

Haben Sie bereits Akupunktur erhalten? *

☐ Ja

☐ Nein

Gesundheitliche Bewertung

Sind Sie derzeit schwanger oder versuchen, schwanger zu werden? *

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie Blutverdünner? *

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder ein implantiertes elektrisches Gerät? *

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie Angst vor Nadeln oder eine Ohnmachtsgeschichte? *

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

☐ Anfallsleiden

☐ Aktive Hautinfektionen

☐ Immungeschwächt

☐ Diabetes

☐ Krebs (aktive Behandlung)

☐ Keine der oben genannten

Aktuelle Medikamente & Ergänzungen

Risiken & Informationen

Über Akupunktur:

Akupunktur beinhaltet das Einführen dünner, steriler, Einweg-Nadeln an bestimmten Punkten des Körpers. Sie basiert auf Prinzipien der Traditionellen Chinesischen Medizin.

Mögliche Risiken:

- Leichte Blutungen oder Blutergüsse an Einstichstellen (häufig)
- Vorübergehende Empfindlichkeit oder Kribbeln
- Schwindel oder Ohnmacht (selten, häufiger bei erster Sitzung)
- Müdigkeit oder emotionale Entlastung nach der Behandlung
- Pneumothorax (äußerst selten — mit bestimmten Brust-/Rückenpunkten)
- Infektion (äußerst selten mit steriler Technik)
- Vorübergehende Verschlimmerung der Symptome vor Verbesserung

Was zu erwarten ist:

- Nadeln werden typischerweise 20-40 Minuten gehalten
- Sie können ein dumpfes Gefühl, Schwere oder Kribbeln verspüren (Qi-Empfindung)
- Die meisten Patienten finden die Behandlung zutiefst entspannend
- Tragen Sie lockere, bequeme Kleidung

Ich bin über die Art, Risiken und Vorteile der Akupunktur informiert worden. Ich verstehe, dass Ergebnisse nicht garantiert sind.

Ich verstehe die Risiken der Akupunktur: _____

Behandlungsnotizen

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Punkt	Methode	Dauer
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				
Eintrag 7				
Eintrag 8				

Einwilligung & Unterschrift

Ich stimme der Akupunktur und allen oben beschriebenen Zusatztherapien zu. Ich habe alle Gesundheitszustände offengelegt und verstehe die Risiken und Vorteile. Ich entbinde den Praktiker von der Haftung.

Ich bestätige, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe und meine informierte Zustimmung gebe.

Ich habe die obigen Informationen gelesen und verstanden: _____

Unterschrift

Datum

Name in Druckschrift

Datum *

TT / MM / JJJJ

Dieses Formular wurde kostenlos von Consentify bereitgestellt

Consentify wandelt Formulare wie dieses in digitale Einwilligungserklärungen um, die Ihre Kunden auf ihrem eigenen Telefon per QR-Code unterzeichnen – mit automatischen PDFs, Kontraindikations-Flaggen und verschlüsselter Speicherung.

Kostenloser Plan verfügbar unter <https://getconsentify.com>.

Nur eine Vorlage. Überprüfen Sie diese vor der Verwendung mit Ihrem eigenen zugelassenen Fachmann oder Rechtsbeistand; die Anforderungen variieren je nach Rechtsprechung und Praxis.