

Informierte Zustimmung zur chiropraktischen Behandlung

Einverständniserklärung, die die Art, die Risiken und Vorteile der chiropraktischen Behandlung einschließlich Wirbelsäulenmanipulation erläutert

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Art der chiropraktischen Behandlung

Übersicht der chiropraktischen Behandlung:

Die chiropraktische Behandlung umfasst die Diagnose und Behandlung von muskuloskelettalen Erkrankungen, hauptsächlich durch manuelle Anpassung und Manipulation der Wirbelsäule und anderer Gelenke. Ihr Behandlungsplan kann Folgendes umfassen:

- Wirbelsäulenmanipulationen (manuell oder instrumentengestützt)
- Gelenkmobilisierung und Weichteiltherapien
- Therapeutische Übungen und Dehnungen
- Elektrische Stimulation, Ultraschall oder Kaltlasertherapie
- Lebensstil- und Ergonomieberatung

Ziel der chiropraktischen Behandlung ist die Wiederherstellung der korrekten Ausrichtung und Funktion, die Schmerzlinderung und die Verbesserung Ihrer allgemeinen Lebensqualität.

Risiken und Vorteile

Mögliche Vorteile:

- Schmerzlinderung und verbesserte Mobilität
- Entzündungsreduktion
- Verbesserte Körperhaltung und Wirbelsäulenausrichtung
- Verbesserte Nervensystemfunktion
- Reduzierte Abhängigkeit von Schmerzmitteln

Mögliche Risiken der Wirbelsäulenmanipulation:

Obwohl chiropraktische Manipulationen im Allgemeinen sehr sicher sind, gehören einige Risiken dazu:

- Vorübergehende Empfindlichkeit oder Unbehagen im behandelten Bereich (am häufigsten)
- Kopfschmerzen oder Müdigkeit nach der Behandlung
- Verschlimmerung des bestehenden Zustands (vorübergehend)
- Muskelkrampf oder Zerrung
- Rippenbruch (selten, wahrscheinlicher bei Osteoporose)
- Bandscheibenvorfall oder Verschlimmerung eines bestehenden Zustands (selten)
- Schlaganfall oder Vertebralarterien-Dissektion nach Halswirbelsäulenmanipulation – dies ist äußerst selten (geschätzt 1 in 1-5 Millionen Manipulationen), kann aber schwerwiegend sein

Alternativen zur chiropraktischen Behandlung:

- Rezeptfreie oder verschreibungspflichtige Medikamente
- Physiotherapie
- Massage-Therapie
- Chirurgischer Eingriff
- Keine Behandlung (mit Risiko einer Verschlimmerung des Zustands)

Ich bestätige, dass ich über die möglichen Risiken und Vorteile der chiropraktischen Behandlung informiert wurde, einschließlich des seltenen, aber schwerwiegenden Risikos eines Schlaganfalls, der mit der Halswirbelsäulenmanipulation verbunden ist.

Ich verstehe die oben beschriebenen Risiken und Vorteile: _____

Ich verstehe die zusätzlichen Risiken, die speziell mit der Halswirbelsäulenmanipulation verbunden sind, und stimme dieser Behandlung zu, wenn mein Chiropraktiker dies für meinen Zustand für angemessen hält.

Ich stimme ausdrücklich Halswirbelsäulenmanipulationen zu: _____

Patientenrechte

Ihre Rechte als Patient:

1. Sie haben das Recht, jederzeit Fragen zu jeder vorgeschlagenen Behandlung zu stellen.
2. Sie haben das Recht, jede Behandlung jederzeit abzulehnen oder zu beenden.
3. Sie haben das Recht auf eine zweite Meinung.
4. Sie haben das Recht, die Qualifikationen Ihres Behandlungsanbieters zu erfahren.
5. Sie haben das Recht, eine Änderung Ihres Behandlungsplans anzufordern.
6. Sie haben das Recht auf Datenschutz und Vertraulichkeit Ihrer Gesundheitsinformationen.

Ich bestätige, dass ich meine Patientenrechte verstehe, einschließlich des Rechts, die Behandlung jederzeit abzulehnen oder zu beenden.

Ich bestätige meine Rechte wie oben beschrieben: _____

Zustimmung und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift unten bestätige ich, dass ich diese informierte Einverständniserklärung vollständig gelesen habe. Ich verstehe die Art der chiropraktischen Behandlung, die möglichen Risiken und Vorteile sowie die verfügbaren Alternativen. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe zufriedenstellende Antworten erhalten. Ich stimme freiwillig einer chiropraktischen Behandlung wie von meinem Chiropraktiker empfohlen zu.

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

Ich habe die oben stehenden 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.