

## Aufklärungsbogen Manuelle Medizin

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,**

bitte lesen Sie zur Vorbereitung des Aufklärungsgespräches diese Informationen durch, und füllen Sie bitte den beigefügten Fragebogen aus.

### Indikation und Techniken der Manuellen Medizin

Die Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Beschwerden bei Ihnen/Ihrem Kind auf reversible Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungssystems beruhen. Mit den diagnostischen und therapeutischen Verfahren der Manuellen Medizin lassen sich Art und Ausmaß der Funktionsstörungen im Bereich des Stütz- und Bewegungssystems feststellen und direkt beheben bzw. ihre funktionellen Folgen mildern.

Die Ergänzung durch andere diagnostische und therapeutische Techniken wie Ultraschall, Röntgen, Schmerzmitteleinnahme, lokale Infiltration von Schmerzmitteln, Akupunktur, Wärme, Krankengymnastik und die konsequente Durchführung von Eigenübungen ist im Rahmen einer Komplexbehandlung oft notwendig, um langfristige Erfolge zu verzeichnen. Fragen Sie Ihren Arzt was Sie selbst tun können.

Im Folgenden geben wir Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Methoden und Techniken der Manuellen Medizin.

- **Weichteiltechniken:** Drücken (Kompression), Reiben und Dehnen von Muskeln und Sehnen im Bereich von Funktionsstörungen an den Arm- und Beimgelenken und der Wirbelsäule.
- **Mobilisation:** Handgrifftechnik zur Wiederherstellung oder Verbesserung der Beweglichkeit von Gelenken durch wiederholte langsame Bewegungen mit zunehmendem Ausmaß (Amplitude).
- **Manipulation:** Handgrifftechnik zur Wiederherstellung der Beweglichkeit von Gelenken an der Wirbelsäule, an Armen und Beinen sowie an den Rippengelenken durch eine rasche, zielgerichtete und meist schmerzlose Bewegung.
- **Neuromuskuläre Behandlung:** Bewusstes Anspannen und Entspannen, mit oder ohne Dehnung, zur Behebung von Funktionsstörungen von Muskeln und der Gelenke. Falls zusätzlich zur manuellen Behandlung weitere ergänzende medizinische Maßnahmen erforderlich sind, werden Sie darüber gesondert aufgeklärt.

### Behandlungsablauf

Der manuellen Behandlung geht stets eine Anamnese und Untersuchung voraus. Ggf. sind auch Bildgebung und fachärztliche Vorstellung im Vorfeld nötig. Zur Durchführung der manuellen Untersuchung/Behandlung sitzen oder liegen Sie/Ihr Kind in einer für den jeweiligen Handgriff

geeigneten, möglichst entspannten Position oder werden auf einer Untersuchungs- und Behandlungsliege gelagert.

Wir untersuchen die Wirbelsäule vor der Behandlung mit ausgewählten Handgrifftechniken, stellen den zu behandelnden Abschnitt (Segment) der Wirbelsäule bzw. des Gelenkes an den Extremitäten ein und führen dann eine sog. diagnostische Probemobilisation durch. Dabei bewegen wir das Segment langsam in Richtung des vorgesehenen Handgriffs an die Barriere des funktionsgestörten Gewebes. Ergeben sich keine Anhaltspunkte (Abwehrspannung, Schmerz), die gegen eine Behandlung sprechen, wird bei der Manipulation der therapeutische Handgriff gezielt mit einer kurzen schnellen Bewegung und mit geringem Kraftaufwand durchgeführt. Das oft hörbare „knackende“ Geräusch gehört zur Behandlung.

Neben dieser klassischen Therapie gibt es weitere Techniken, die je nach Krankheitsbild zur Anwendung kommen. Gemein ist allen Techniken, dass Sie vom Arzt mit den Händen berührt werden.

### **Risiken der Behandlung**

Bei der manualmedizinischen Behandlung an **Armen und Beinen** können vorübergehend **muskeltäterähnliche Beschwerden** auftreten. **Schwerwiegende Risiken** sind **nicht** bekannt.

Trotz aller Sorgfalt kann die Behandlung **an der Halswirbelsäule** in sehr seltenen Fällen bereits bestehende **Einrisse** in der **Innenwand hirnversorgender Arterien** (Dissektionen) verschlimmern. Dies kann in seltenen Fällen zur Folge haben, dass sich Blutgerinnsel von der Gefäßwand ablösen und ein Blutgefäß verschließen (**Embolie**). Es kann dadurch zu schweren, lebensgefährlichen **Hirnschäden** und auch zu einer **Schädigung des Stammhirns** mit bleibenden Lähmungen der Gliedmaßen und anderen dauerhaften Funktionsausfällen kommen.

Ebenfalls sehr selten wird durch die manualmedizinische Behandlung der Wirbelsäule ein **Bandscheibenvorfall** oder eine andere bereits bestehende Vorschädigung (Einengungen des Rückenmarkkanals oder Öffnungen an den Querfortsätzen der Wirbelkörper) verschlimmert. Es kann dadurch zu vorübergehenden, aber auch zu bleibenden **Lähmungen, Funktionsstörungen** und **Schmerzen** in Schultern, Beinen und Armen kommen.

Bei erkrankten / ausgedünnten Knochen, z. B. einer schweren Osteoporose (Knochensubstanzverlust) oder Tumorerkrankungen der Knochen können trotz gebotener Sorgfalt in sehr seltenen Fällen krankhafte Brüche des Knochens erfolgen.

### **Bitte unbedingt beachten! Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!**

Nach einer Behandlung an der Halswirbelsäule sollten Sie die Praxis erst nach etwa 15 Minuten verlassen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie aktiv am Straßenverkehr teilnehmen. Teilen Sie uns Beschwerden, die nach einer Behandlung aufgetreten sind, sofort mit.

Um die Behandlungsrisiken weitestgehend zu verringern, bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen. Unklare Punkte können Sie markieren und später mit dem Arzt besprechen.

## Fragebogen

	Ja	Nein		Ja	Nein
Geschlecht: __ weiblich __ männlich					
Alter: ____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg					
<b>1.</b> Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden schon			<b>8.</b> Traten bei Blutsverwandten gehäuft		
- beim Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Schlaganfälle</b> auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- stationär in einer Kur-/Rehaklinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>9.</b> Nehmen Sie <b>Medikamente</b> ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Behandlung/Untersuchung wurde durchgeführt? _____			Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar®, Aspirin®), Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Muskelrelaxantien, entzündungshemmende Mittel (z.B. Voltaren®), Abführmittel		
Wurde bei Ihnen schon eine manual medizinische Behandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder: _____		
Gab es dabei Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>10.</b> Bestehen oder bestanden <b>folgende Erkrankungen</b> oder <b>Anzeichen dieser Erkrankungen</b> ?		
Wenn ja, welche? _____			<b>Herz-Kreislauf-System:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war die letzte manualtherapeutische Behandlung mit Impuls (Manipulation) an der Halswirbelsäule? _____			Herzschmerzen (Angina pectoris), Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen		
Traten bei Blutsverwandten (vor allem Eltern, deren Geschwister, Ihre Geschwister, Großeltern, Nichten/Neffen) Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer manualmedizinischen Behandlung auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder: _____		
<b>2.</b> Leiden Sie unter akutem <b>Nacken- und Hinterkopfschmerz</b> ohne erkennbare Ursache, verbunden mit einem ein- oder doppelseitigen Rissgefühl im Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gefäße:</b> Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten diese Schmerzen in Übereinstimmung (zeitgleich) mit dem Pulsschlag auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder: _____		
<b>3.</b> Treten <b>Hörgeräusche</b> (Tinnitus) in Übereinstimmung (zeitgleich) mit dem Pulsschlag auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Atemwege/Lunge:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b> Hatten Sie in den letzten Tagen oder Wochen flüchtige <b>Lähmungserscheinungen</b> (z.B. an Armen, Händen, Beinen, Füßen, Zunge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose		
<b>5.</b> Hatten Sie <b>Sehstörungen</b> (plötzlich auftretende Doppelbilder)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder: _____		
<b>6.</b> Leiden oder litten Sie an <b>Schluckstörungen</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Stoffwechselerkrankung:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b> Leiden Sie an einer der folgenden <b>Bindegewebe-Erkrankungen</b> ? Ehlers-Danlos-Syndrom, Marfan-Syndrom, fibromuskuläre Dysplasie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht		
			Oder: _____		
			<b>Blut:</b> Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			oder: _____		
			<b>Schilddrüse:</b> Unter- oder Überfunktion, Kropf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			oder: _____		
			<b>Nerven:</b> Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			oder: _____		
			<b>11.</b> Sind Ihnen Hinweise auf lokale (z.B. nach Unfällen) oder generalisierte Überbeweglichkeit Ihrer Gelenke (Wirbelsäulenabschnitte) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | Ja  | Nein                     | Ja                       | Nein  |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>12. Leiden Sie an anderen Erkrankungen?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>14. Wurde Ihr Bewegungssystem durch einen Unfall schon einmal in Mitleidenschaft gezogen?</b>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, woran? _____   |                          |                          | Wenn ja, hatten Sie <b>Knochenbrüche, Band- oder Gelenkverletzungen</b> , ein „ <b>Schleudertrauma</b> “? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>13. Wurde für den betreffenden Körperbereich schon einmal eine Röntgen-, CT- oder MRT-Untersuchung durchgeführt?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? _____  |                          |                          |
| Wer kann schriftliche Befunde bereitstellen bzw. können Sie die CD mit dem Bildmaterial beibringen? _____               |                          |                          | <b>15. Für Frauen im gebärfähigen Alter:</b>  |                          |                          |
|   |                          |                          | Liegt eine Schwangerschaft vor?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   |                          |                          | Wann war die letzte Regel:  |                          |                          |

Die Informationen zur Manuellen Medizin habe ich gelesen und verstanden. Meine Fragen und Verständnisprobleme konnten vollständig beantwortet werden. Ich habe eine Kopie des Aufklärungsbogens erhalten.

Nach ausreichender Bedenkzeit stimme ich daher einer manualmedizinischen Behandlung zu.

---

Ort und Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt