



**Naturheilpraxis
für Regulationsmedizin und Ästhetik**

Lindenstr. 50
61250 Usingen
Tel. 06081 577234

Cynthia Wolf
Heilpraktikerin

Medizinische Aufklärung

Herr/Frau _____ ist am: _____

Von mir bezüglich der geplanten Behandlung eingehend über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt worden und stimmt der unten angekreuzten Behandlung ausdrücklich zu. Die Patientin /der Patient ist klar orientiert und hat in Ruhe eine eigenverantwortliche Entscheidung zu den geplanten Maßnahmen getroffen.

- Infusions - Serienbehandlung
- Eigenblutbehandlung
- EDTA/DMSA Chelat-Therapie
- Injektionen intramuskulär, subcutan, intracutan Serienbehandlung
- Organextrakt-Serienbehandlung
- Vitalfeldbehandlung
- Sauerstoff-Ozon-Behandlung
- Akupunktur
- Pneumatron Behandlungen
- Manuelle Therapien
- Magnetfeldtherapie
- Schröpfen
- Moxatherapie
- _____
- _____
- _____
- _____

Mögliche Risiken dieser Behandlungsverfahren können sein:

- Ⓞ Allergische und pseudoallergische Unverträglichkeiten (Quaddelbildung , Juckreiz, Schwellungen , Atemnot , allergischer Schock)
bekannte Allergien des Patienten
-
-

- Ⓞ Spritzenkollaps/Nadelkollaps mit Blutdruckabfall , langsamen Puls sowie kurzzeitiger Ohnmacht
- Ⓞ Lokale Venenreizungen /Venenentzündungen (Infektionen), Nekrosen bei paravenöser Fehllage der Kanüle
- Ⓞ Durchblutungsstörungen bei versehentlich intraarterieller Injektion
- Ⓞ Lokale Reizungen ,Überwärmungen , Infektionen ,Abszessbildungen
- Ⓞ Vorübergehende Kreislaufstörungen , Sehstörungen , Kopfschmerzen , Schwindel , Muskelkrämpfe , Hitzeempfindungen , Blutdruckschwankungen , Blutzuckerabfall , Herzrhythmusstörungen, Speichelfluss, Schweißausbruch, Nierenschäden, Spurenelementemangel ,
- Ⓞ Bluterguss (Hämatom) sowie kleinere Blutungen
- Ⓞ Nervenverletzung, vorübergehende Nervenreizung
- Ⓞ Organverletzungen
- Ⓞ Schmerzhaftigkeit bei der Nadelung
- Ⓞ Müdigkeit , unter Umständen eine Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit
- Ⓞ Übelkeit , Erbrechen , Angst, Panik ,
- Ⓞ Hautreaktionen
- Ⓞ Mögliche Erstverschlimmerung
- Ⓞ _____
- Ⓞ _____

Einverständniserklärung

Ich fühle mich über die Behandlung ausreichend gut informiert , Kontraindikationen wurden mir erläutert und es sind mir keine vorliegenden Kontraindikationen bekannt.

Ich bin so mit der Durchführung meiner Behandlung einverstanden.

Unterschrift Patient _____

Unterschrift Therapeut _____