

Aufklärung Neuraltherapie

Ich habe für Ihre Behandlung Maßnahmen im Rahmen der Neuraltherapie empfohlen.
Dabei werden Injektionen mit folgendem Medikament verabreicht:

Procain in folgender Höchstdosis: 10 ml / Sitzung.



WICHTIGE HINWEISE

- Bitte informieren Sie mich, wenn Sie schon einmal im Rahmen einer örtlichen Betäubung Beschwerden oder allergische Reaktionen erlebt haben.
- Bitte melden Sie bestehende Gerinnungsstörungen oder die Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten (z. B. ASS, Falithrom, Marcumar, Heparin, Plavix oder ähnliche).
- Bitte teilen Sie mir mit, wenn Sie schwanger sind.
- Bitte informieren Sie mich, wenn Sie Angst vor Injektionen/Nadeln haben oder bei Blutabnahmen oder Injektionen schon einmal einen Kreislaufkollaps bzw. Kreislaufprobleme erlitten haben.



Die Neuraltherapie ist eine Behandlungsform mit in der Regel guter Verträglichkeit. Schwerwiegende Nebenwirkungen sind sehr selten. Wie bei allen medizinischen Maßnahmen können dennoch unerwünschte Ereignisse auftreten. Zwischen dem erwarteten Nutzen und den möglichen Risiken besteht ein Abwägungsprozess, der individuell erfolgt.



MÖGLICHE UNERWÜNSCHTE EREIGNISSE

- 1 Allergische Reaktionen (z. B. Hautausschlag, Blutdruckabfall, Atemnot, Durchfall; sehr selten).
- 2 Blutungen bzw. blaue Flecken, besonders bei Gerinnungsstörungen oder Blutverdünnern.
- 3 Schwindel nach Einschwemmung des Betäubungsmittels in die Blutbahn; meist vorübergehend.
- 4 Reflexartige Gefäßerweiterung / Kreislaufreaktion bis hin zu kurzer Benommenheit; bitte vorher Ängste oder frühere Kreislaufprobleme mitteilen.
- 5 Vorübergehende Erstverschlimmerung der Beschwerden.
- 6 Vorübergehende Taubheit oder Muskelschwäche im Behandlungsbereich für 2–3 Stunden.
- 7 Infektionen trotz sorgfältiger Desinfektion (selten).
- 8 Müdigkeit und Konzentrationsstörungen am Behandlungstag.



Bitte planen Sie dies in die Wahl des Therapiezeitpunktes mit ein!

Ich bestätige hiermit, dass ich die oben genannten Informationen erhalten und verstanden habe. Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet. Ich bin mit der geplanten Neuraltherapie und den beschriebenen Maßnahmen einverstanden.

Name des Patienten

Datum, Unterschrift Patient

