

## **Einverständniserklärung zur Behandlung**

### **Therapiebestandteile**

Im Rahmen der Behandlung kommen verschiedene therapeutische Verfahren zur Anwendung, die individuell auf die Beschwerden und Bedürfnisse der Patientin/des Patienten abgestimmt werden. Die Therapie umfasst:

- Osteopathie: Eine manuelle Methode zur Behandlung von Spannungen und Blockaden im Körper
- Chiropraktische Impulse zur gezielten Justierung blockierter Gelenke
- Injektionen mit homöopathischen Substanzen und/oder Vitaminpräparaten zur lokalen oder systemischen Unterstützung
- Manuelle Techniken zur Lösung von Funktionsstörungen des Bewegungsapparates
- Schröpfen zur Förderung der Durchblutung, Entgiftung und Regulation des Gewebestoffwechsels

Die genannten Methoden werden in Kombination angewendet, um eine bestmögliche therapeutische Wirkung zu erzielen.

### **Mögliche Nebenwirkungen der Injektionen:**

- Schmerzen, Rötung oder Schwellung an der Einstichstelle
- Hämatome (blaue Flecken)
- Allergische Reaktionen
- Infektionen (selten)
- Kreislaufreaktionen (z. B. Schwindel, Übelkeit)
- Sehr selten: Abszessbildung oder Nervenirritationen

### **Mögliche Nebenwirkungen des Schröpfens:**

- Hämatome, die mehrere Tage sichtbar bleiben
- Spannungsgefühl oder lokale Schmerzen
- Hautreizungen oder kleine Verletzungen
- Vorübergehende Kreislaufreaktionen

### **Kosteninformation**

Ich bin darüber informiert, dass die Kosten für diese Behandlung nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Eine (Teil-)Erstattung durch eine private Krankenversicherung oder Zusatzversicherung kann je nach Vertrag möglich, aber nicht garantiert sein. Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH). Bei Überschreitungen der Erstattungssätze sind die Mehrkosten von mir selbst zu tragen.

### **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, die entstehenden Behandlungskosten selbst zu übernehmen, sofern keine oder nur teilweise Erstattung durch eine Versicherung erfolgt.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Durchführung der beschriebenen Behandlungen, einschließlich der osteopathischen und chiropraktischen Techniken, Injektionen, manuellen Maßnahmen sowie des Schröpfens. Ich wurde über mögliche Risiken und Nebenwirkungen umfassend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Name, Vorname Patient/in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Behandler: \_\_\_\_\_

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich und unter Berücksichtigung des Datenschutzes behandelt.