

Patientenaufklärung Dauernadeln und Klebekügelchen

Dauernadeln und Klebekügelchen werden auf unterschiedliche Stellen des Körpers auf Schmerz-, Akupunktur- oder Triggerpunkte aufgebracht. Dies ist vom Ziel der Behandlung abhängig.

Dauernadeln und Klebekügelchen lindern Schmerzen und fördern die Durchblutung der Muskulatur sowie den Abtransport von Stoffwechselabbauprodukten.

▷ **Dauernadeln und Klebekügelchen werden v.a. angewendet bei:**

- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats
- muskulären Verspannungen
- akuten und chronischen Schmerzen

▷ **Folgende Anwendungen kommen zum Einsatz:**

- Gold- und Silberkügelchen
- Dauernadeln
- Senf-, Pfeffer- und Samenkörner

▷ **Dauernadeln und Klebekügelchen dürfen keinesfalls angewendet werden bei:**

- unklaren und lang anhaltenden Schmerzen
- akuten entzündlichen Prozessen
- offenen bzw. eitrigen Wunden
- Infektionserkrankungen der Haut

▷ **Dauernadeln und Klebekügelchen dürfen nur unter besonderer Vorsicht angewendet werden bei:**

- Schwangerschaft (keine Applikation von Tapes im Bereich der Genitalzone am Rücken)
- benignen Tumoren, z.B. Nävi (Leberflecken), Fibrom (gutartige Geschwulst des Bindegewebes)
- Psoriasis (Schuppenflechte), Neurodermitis und Akne
- Blutgerinnungs- und Wundheilungsstörungen
- Gefäßpathologien, z.B. Besenreiser, Arteriosklerose, Krampfadern, Morbus Raynaud (krampfartige Verengung der Blutgefäße)
- Medikamenteneinnahme, z.B. Antikoagulanzen (Blutverdünner)

Individuelle Risikofaktoren des Patienten

Anmerkungen zum Gespräch

Hiermit erkläre ich, dass ich verständlich und umfassend über die oben genannten Punkte mündlich durch _____ aufgeklärt wurde.

Meine Fragen wurden vollständig beantwortet. Ich stimme der Anwendung mit Dauernadeln und Klebekügelchen zu. Treten Beschwerden nach der Behandlung auf, werde ich umgehend meinen Behandler bzw. Arzt darüber informieren.

Datum, Unterschrift Patient

Praxisstempel/Unterschrift Behandler

Ich verzichte auf die Aufklärung und wünsche dennoch die Anwendung von Dauernadeln und Klebekügelchen.

Datum, Unterschrift Patient

Praxisstempel/Unterschrift Behandler