

# Schriftliche Einverständniserklärung der Patientin oder des Patienten zur Behandlung

Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen oder etwas wissen möchten.

**Die Chiropraktik ist einer der fünf universitären Medizinalberufe. Die angewandten Therapien sind im Allgemeinen gut verträglich und nebenwirkungsarm. Chiropraktik befasst sich in erster Linie mit Schmerzen und Funktionsstörungen des Bewegungsapparates sowie der daraus entstehenden Beschwerden. Nebenwirkungen können wie bei allen medizinischen Behandlungen auftreten, sind aber bei dieser Form der Behandlung äusserst selten. Folgende sind bekannt:**

- Nebenwirkungen wie vorübergehende lokale Schmerzen und Verspannungen im behandelten Bereich treten gelegentlich auf und klingen in der Regel innert weniger Tage ab.
  - Weiterhin können für kurze Zeit Müdigkeit, Benommenheit, Übelkeit und selten Ohrgeräusche auftreten.
  - Ernsthafte Komplikationen im Anschluss an eine Manipulationsbehandlung der Halswirbelsäule (Verletzung im Bereich des Nervensystems und der Blutversorgung) wurden in der Literatur vereinzelt dokumentiert (ca. einmal pro 1-5 Millionen Behandlungen). Neuere wissenschaftliche Untersuchungen konnten einen direkten kausalen Zusammenhang jedoch nicht bestätigen.
  - Bei Patienten/-innen mit einer verminderten Knochensubstanz (z. B. Osteoporose) besteht ein erhöhtes Risiko einer Rippenfraktur.
- Ich wurde von dem/der unterzeichnenden Chiropraktor/in über die Diagnose, die Ziele, den Ablauf der Behandlung, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.
- Ich habe den/die Chiropraktor/in über meine mir bekannten Risikofaktoren informiert.
- Ich habe keine weiteren Fragen, ich bin ausreichend informiert und stimme der Behandlung zu.

## Patient/in:

Name und Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Ort und Datum: Zürich .....

Unterschrift Patient/in: .....

*(Bei Minderjährigen gilt die Unterschrift des oder der Erziehungsverpflichteten)*

## Bestätigung Chiropraktor/in:

Ich bestätige, dass ich der Patientin oder dem Patienten Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung erläutert habe.

Ort und Datum: Zürich .....

Unterschrift Chiropraktor/in: .....