

# Behandlungsvertrag für die Durchführung von invasiven Methoden durch einen allgemeinen Heilpraktiker (gem. HeilprG)



Vorname:

Nachname:

Geburtstag:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Zur Therapie Ihrer Beschwerden ist unter Umständen eine medikamentöse Behandlung über Injektionen/Infusionen bzw. eine Neuraltherapie indiziert, um eine schnelle Wirkung zu erreichen, ist hier die Gabe eines naturheilkundlichen Medikamentes/ Präparates und/oder eines lokal wirkenden Betäubungsmittel mithilfe einer sterilen Einwegspritze oder per venöser Infusion direkt in das betroffene Gewebe oder in den Blutkreislauf sinnvoll.

Ihr Therapeut wird mit Ihnen besprechen welches Mittel und mit welcher Methode (IM, SC, IV) injiziert wird und dies in Ihrer Patientenakte vermerken. Zur Therapie Ihrer Beschwerden ist unter Umständen eine **Dry Needling-Behandlung (Triggerpunkt Akupunktur)** sinnvoll.

**Begriffserklärung:** Beim Dry Needling (DN) wird mit sterilen Einwegakupunkturnadeln ganz präzise und unter hygienischen Bedingungen in die myofascialen Triggerpunkte gestochen, welche ggf. für ihre aktuellen Beschwerden verantwortlich sind.

**Behandlungskodex:** Der behandelnde Therapeut arbeitet nach bestem Wissen und Gewissen und nach den üblichen Richtlinien, dennoch können Komplikationen nicht vollständig ausgeschlossen werden (s. u.).

**Spezifische Anamnese / Kontraindikationen (KI):** Um eine sichere Behandlung zu gewährleisten, muss der behandelnde Heilpraktiker über vorbestehende Grunderkrankungen informiert sein.

Treffen bei Ihnen folgende Punkte zu? (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Empfindungsstörungen: wo \_\_\_\_\_

Blutgerinnungsstörungen („Bluter“)

Blutverdünner/Thrombozytenaggregationshemmer (Cumarine, Marcumar, ASS, Heparin) \_\_\_\_\_  
- Quick-Wert >20% oder INR >1,5

Entzündliche Erkrankungen / akute Infektionen: \_\_\_\_\_

Z. n. Lymphödeme / Lymphknotenentfernung: wo \_\_\_\_\_

Ansteckende Erkrankungen (Hepatitis / HIV): welche \_\_\_\_\_

Allergien: welche \_\_\_\_\_

Implantate (Silikon, Herzschrittmacher): \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten bei früheren Injektionen (z. B. Spritze beim Zahnarzt) \_\_\_\_\_

Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung:

- muskelkaterartige Schmerzen (häufig bis obligat)
- lokale Rötungen, Blutergüsse und Hautirritationen (gelegentlich)
- vorübergehende Verstärkung der vorbestehenden Symptome (selten)
- vegetative oder allergische Reaktionen, bei Unverträglichkeiten bis zum allergischen Schock (sehr selten)
- bei Nadelung in Risikogebieten kann ein Pneumothorax / eine größere Blutung / Neuroapraxie durch Punktion von Pleura / Arterien / Nerven entstehen (sehr selten)
- Risiko einer eitrigen Entzündung trotz sorgfältigen sterilen Vorgehens nach dem geltenden medizinischen Hygienestandard auf 1: 35.000. Insbesondere bei Injektionen in Gelenke können, wenn auch in seltenen Fällen, schwerwiegende Folgen bis hin zur Gebrauchsunfähigkeit des Gelenkes entstehen
- Es kann bei Spritzenbehandlungen in den Weichteilen oder an den Nervenwurzeln zu Abszessbildung, Blutergüssen, allergischen Reaktionen bis zum allergischen Schock oder Nervenschädigungen kommen.
- Bei einer Infusionstherapie sind allergische Reaktionen mit Juckreiz und Hautausschlag möglich.

Kostenaufklärung:

Dry Needling, als Therapieergänzung während eines Behandlungstermins bei physio<sup>3</sup>: **10,00 € \***

Injektionsbehandlung /Neuraltherapie, als Therapieergänzung während eines Behandlungstermins bei physio<sup>3</sup>: **15,00 € \***  
\*zahlbar sofort in bar gegen Heilpraktikerrechnung

Infusionsbehandlung: **Nach Zeit- und Materialaufwand**

Als alleinige Therapie:

1. Erstbehandlung nach Abschluss des Heilpraktiker-Behandlungsvertrages **(30 / 60 Minuten 45€ / 95€)**
2. Nach erfolgter Erstbehandlung nach zeitlichem Aufwand **je 10 Minuten 15,00€ gegen Heilpraktikerrechnung**

**Patientenaufklärung:**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es nicht als gesichert angesehen werden kann, dass meine gesetzliche oder private Krankenversicherung o.g. Kosten erstattet. Mir ist bekannt, dass neben den o. g. Risiken eine (Erst-)Verschlimmerung eintreten kann. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort den behandelnden Therapeuten oder einen Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen. Ich erkläre mich hiermit einverstanden Behandlungs- und Materialkosten (s. o) zu übernehmen.

**Einwilligungserklärung:**

Ich wurde über die Wirkung und Risiken der o. g. Methoden aufgeklärt, ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

Ort / Datum / Uhrzeit:

Name:

Unterschrift des Mitglieds

`SovdSignatur`