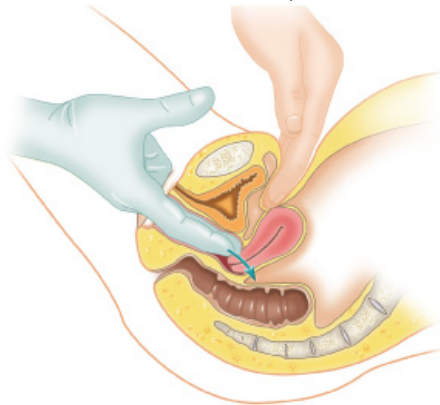


# Patientenaufklärung Untersuchung & Behandlung Beckenbodenregion

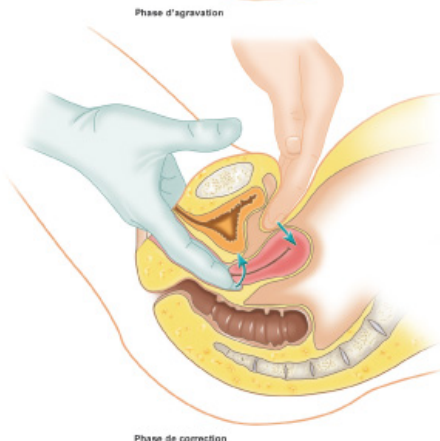
Für die Praxis Osteopathie & Physiotherapie Baranowsky & Klöckner PartG.

Von: \_\_\_\_\_  
Patientenvorname, Patientennachname, Geburtsdatum



Die Untersuchung und Behandlung der Beckenbodenregion, der Vagina, Anus und Analkanal wird manuell und visuell durchgeführt. Dabei nutzt der/die Heilpraktiker:in / Therapeut:in ihre Finger mit Einmalhandschuh und Gleitgel um den Genitalbereich von Außen und die Vagina, den Anus und Analkanal von Innen zu betasten, um einen Tastbefund zu erstellen. Diese Untersuchung ist schmerzfrei, wenn keine Beschwerden vorliegen. Bei vorliegenden Verletzungen oder Veränderungen (z.B. durch eine Geburt, eine Fissur) kann diese Untersuchung unangenehm oder schmerzhaft sein.

**Ziel** der Untersuchung ist die Diagnose der Beschwerden und einen daraus resultierender Behandlungsplan zu erstellen. Ziel der Behandlung ist es die Reduzierung oder Auflösung der Beschwerden die lokal oder auch in anderen Körperbereichen liegen können.



Ebenso kann eine **Ultraschalluntersuchung** zum Einsatz kommen. Dabei werden die Bauchwand, der Damm und der Scheidenausgangsbereich (hier perinealer Ultraschall genannt) mittels Ultraschallsonde untersucht. Bei vorliegender Diagnose wird der Ultraschall auch zum visuellen Biofeedback bei der Beckenbodentherapie eingesetzt.

### Risiken der Behandlung bzw. kurzfristige vorübergehende Behandlungsreaktionen können sein:

- zyklusunabhängige Blutungen von kurzer Dauer bis mehrere Tage,
- kurzfristige Symptomverschlimmerung oder kurzes Akutwerden der Beschwerden,
- Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Fieber, Frösteln, Kreislaufsymptome,
- muskelkaterartige Schmerzen,
- Schlafstörungen,
- Veränderungen der Körperausscheidungen und/oder des Menstruationszyklus,
- Hautreaktionen (z.B. Hämatombildung).

Individuelle Risikofaktoren des Patienten: \_\_\_\_\_

therapeutische Anmerkung zum Aufklärungsgespräch: \_\_\_\_\_

In Deutschland ist diese Art der Untersuchung und Behandlung durch Physiotherapeuten und Osteopathen nicht in der allgemeinen Berufsausbildung integriert. Deshalb ist sie auch nicht explizit in den Berufsordnungen aufgeführt, wird aber von spezialisierten Heilpraktikern & Therapeuten erlernt und durchgeführt. Alle Heilpraktiker:innen / Physiotherapeut:innen dieser Praxis haben die Inhalte dieser Therapieform, die speziellen Untersuchungs- und Behandlungstechniken erlernt.

### Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Ich wurde von der/dem Heilpraktiker:in / Therapeut:in (Name) \_\_\_\_\_ über notwendige Untersuchungen im Rahmen dieser Therapiemethode informiert und habe eine Bedenkzeit von mindestens 24 Stunden erhalten. Die Behandlung erfolgte nicht am Tag der Aufklärung. Ich wurde aufgeklärt, dass ich zum Termin eine Person meines Vertrauens mit anwesend sein darf.
- Ich wurde zusätzlich von der/dem Rezeptionsmitarbeiter:in (Name) \_\_\_\_\_ bei der Terminvereinbarung oder vor dem ersten Termin in der Praxis über die Untersuchungen im Rahmen dieser Therapiemethode informiert.
- Ich stimme der Untersuchung und Behandlung des **Beckenbodens** und **Vagina** zu.
- Ich stimme der **internen analen** Untersuchung und Behandlung zu.
- Ich bin mündlich über den Grund, die weitere Vorgehensweise und mögliche Risiken der internen Behandlungsmethode aufgeklärt worden.
- Oben genannte Punkte habe ich zur Kenntnis genommen.
- Unter Wahrung meiner Entscheidungsfreiheit, die Behandlung jederzeit abbrechen zu können, stimme ich der weiteren Vorgehensweise mit zu Hilfenahme der internen Technik zu.
- Ich habe eine Kopie dieses Aufklärungsbogens erhalten.

**Ich erkläre hiermit, umfassend und verständlich gemäß obigem Text und durch die Heilpraktiker:in / Therapeutin über die Untersuchung & Behandlung der Beckenbodenregion aufgeklärt worden zu sein. Meine Fragen sind vollständig geklärt. Bei Gesundheitsstörungen werde ich sofort die Heilpraktiker:in, Physiotherapeut:in bzw. Arzt verständigen bzw. mich wieder vorstellen.**

Hamburg, \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Patient:in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Heilpraktiker:in / Therapeut:in