



## **Nebenwirkungen**

(Verbleibt bei der Patientin/beim Patienten)

### **Mögliche Nebenwirkungen**

Wie bei allen Therapien können Nebenwirkungen auftreten. Bei der Bewertung von Nebenwirkungen werden folgende Häufigkeitsangaben zugrunde gelegt:

- **Sehr häufig:** mehr als 1 von 10 Behandelten
- **Häufig:** 1 bis 10 von 100 Behandelten
- **Gelegentlich:** 1 bis 10 von 1.000 Behandelten
- **Selten:** 1 bis 10 von 10.000 Behandelten
- **Sehr selten:** weniger als 1 von 10.000 Behandelten, einschließlich Einzelfälle

Die Art der möglichen Nebenwirkungen ist auch abhängig von der Lokalisation der gewählten Akupunkturpunkte. Bitte befragen Sie Ihre(n) Ärztin/Arzt, welche Punkte für Sie zutreffen. Nachfolgend aufgeführte Symptome wurden bei Akupunkturpatienten beobachtet.

#### **Häufig:** 1 bis 10 von 100 Behandelten

Häufig zu beobachten sind Blutungen und Blutergüsse durch Verletzung kleinerer Blutgefäße. Kleine Blutungen sind manchmal im Rahmen der Chinesischen Medizin jedoch auch ein erwünschter Teil der Behandlung.

#### **Gelegentlich:** 1 bis 10 von 1.000 Behandelten

Gelegentlich können im Zusammenhang mit der Akupunkturbehandlung Entzündungen an der Einstichstelle, Schwellungen, starke Schmerzen während der Nadelung und lokale Muskelschmerzen beobachtet werden. Die Irritation oder Verletzung von Nerven ist gelegentlich auch möglich. Dies kann zu Beschwerden wie Empfindungs- und Sensibilitätsstörungen aber auch zu einer vorübergehenden Schwäche in der zugehörigen Muskulatur führen. Die Akupunktur kann gelegentlich Kopfschmerzen, Müdigkeit, aber auch vegetative Symptome wie Schwindel oder Übelkeit hervorrufen. Eine Verschlechterung Ihrer vor der Behandlung bestehenden Symptome ist gelegentlich möglich.

#### **Selten:** 1 bis 10 von 10.000 Behandelten

Selten können auftreten: Lokale Infektionen, Rötung, Juckreiz, Schwitzen, Blutdruckabfall, Blutdruckanstieg, Bewusstlosigkeit, Herzrasen, Atembeschwerden, Erbrechen, Verschlechterung des Allge-

meinzustandes, generalisierte (über den ganzen Körper verbreitete) Muskelschmerzen, Bewegungseinschränkungen, Gelenkbeschwerden, Frieren, Menstruationsbeschwerden, depressive Verstimmungen, Ängste, Schlafstörungen, Unruhe und Nervosität, Sehstörungen und Tinnitus.

#### **Sehr selten:** weniger als 1 von 10.000 Behandelten, einschließlich Einzelfälle

In sehr seltenen Fällen kann die Akupunkturbehandlung von Herzstolpern, Verstopfung, Durchfall, Magenkrämpfen, Darmkrämpfen, Gewichtsverlust, Durchblutungsstörungen, Gefäßverletzungen, systemischen Infektionen, Euphorie, Alpträumen, Konzentrationsschwäche, Gleichgewichtsstörungen, Sprachstörungen, Desorientierung, Zittern und Augenreizungen begleitet werden. Sehr selten kam es vor, dass Nadeln am Körper vergessen wurden. Akupunkturnadeln können in sehr seltenen Fällen auch abbrechen oder durch zu tiefes Eindringen in den Brustkorb zum Eintreten von Luft in den Brustkorb (Pneumothorax) führen. In der wissenschaftlichen Literatur wird in Fallbeschreibungen auch von Verletzungen des Zentralen Nervensystems sowie des Herzbeutels berichtet.

Die Anwendung von Hitze durch abbrennenden Beifuß (Moxibustion) kann zu lokalen Verbrennungen führen.

#### **Einige der aufgeführten Nebenwirkungen können eine Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit zur Folge haben.**

Falls während der Behandlung oder zu einem späteren Zeitpunkt Nebenwirkungen auftreten sollten, bitten wir um sofortige Rücksprache mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt.

## Bedingungen, die das Risiko erhöhen können

Wenn folgenden Bedingungen vorliegen, muss eine Behandlung mit Akupunktur und/oder Moxibustion besonders abgewogen werden:

- |   |   |
|---|---|
| Schwangerschaft   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Einnahme von Medikamenten, die die Blutgerinnung beeinflussen (z.B. Marcumar®, Heparin-Spritzen, Aspirin®, oder andere entzündungshemmende Schmerzmittel) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Sonstige erhöhte Blutungsneigung, z.B. durch Bluterkrankheit (Hämophilie), verminderte Blutplättchen (Thrombozytopenie)                                   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Allergien (z.B. Nickel, Chrom, Silikon)   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Psychiatrische Erkrankung (z.B. Depression, Psychose)   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Entzündete, bestrahlte oder anderweitig verletzte Hautareale  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Krampfanfälle (Epilepsie)   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Sensibilitäts- oder Reizleitungsstörung (z.B. Polyneuropathie)  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

## Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

- Die Inhalte der Patienteninformation wurden erörtert z.B.: Die Art der Behandlung, mögliche Nebenwirkungen bzw. Komplikationen, Alternativen, Vor- und Nachteile der Behandlung im Vergleich zu anderen Verfahren, Bedingungen, die das Risiko erhöhen.

Ärztliche Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Uhrzeit                      Unterschrift Ärztin/Arzt

## Einwilligungserklärung

Ich bin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten Behandlung mit Akupunktur und/oder Moxibustion gut informiert und bin mit der Durchführung einverstanden. Über die möglichen Risiken und Nebenwirkungen bin ich von Frau/Herrn \_\_\_\_\_ aufgeklärt worden. Eine Aufklärung zur Diagnose ist an anderer Stelle bereits erfolgt.

Mir sind keine der o.g. Bedingungen, die das Risiko erhöhen können, bekannt.

Mir ist mindestens eine der o.g. Bedingungen, die das Risiko erhöhen können, bekannt. Ich habe jedoch gemeinsam mit meinem behandelnden Arzt die Vor- und Nachteile abgewogen und komme zu dem Schluss, dass die Vorteile überwiegen.

Den Informationsteil habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient