

Patientendaten (Vor-und Nachname, Geburtsdatum):

Behandlungsdatum/-Daten:

Folgende Körperregion soll behandelt werden:

### ***Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,***

jede Behandlung, also auch die von uns empfohlene Induktionstherapie, bedarf grundsätzlich Ihrer Zustimmung. Unser Wunsch und unsere Pflicht ist es daher, Sie verständlich über diese Form der Behandlung zu informieren.

Die Induktionstherapie (rPMS-Therapie: repetitive periphere Magnetstimulation) ist eine nicht-invasive innovative Methode der Schmerztherapie.

Diese Behandlung ist weitgehend risiko-, nebenwirkungs- und schmerzfrei und erfolgt ohne Hautkontakt.

Bei der Induktionstherapie werden die Steuerungsnerven der Muskulatur durch Magnetimpulse stimuliert und aktiviert, um Schmerzen zu beseitigen. Die Behandlungsmethode kann am gesamten Bewegungsapparat eingesetzt werden.

### **Folgende Vorsichtsmaßnahmen sind zu beachten. Wir bitten Sie diese zur Kenntnis zu nehmen und uns zu informieren:**

- Bei elektronischen Implantaten im Körper (z.B. Herzschrittmacher etc) ist eine Behandlung nicht möglich.
- Während einer Schwangerschaft/Stillzeit ist die Behandlung nicht möglich.
- Bei Epilepsie (Z.n. epileptischen Anfällen) ist eine Behandlung nicht möglich.
- Bei Unwohlsein während oder nach der Anwendung, bei Auffälligkeiten auf Ihrer Haut nach der Anwendung, sollte umgehend mit der Behandlung gestoppt werden. Wir bitten um Information und Rücksprache.
- Bei Auffälligkeiten an der Haut sollte auf eine Kühlung und eine ärztliche Begutachtung geachtet werden.
- Die Behandlung wird direkt über der Haut oder nach Ausstreichen der Kleidung stattfinden, da eine Behandlung über getragener Kleidung mit z.B. Falten Blasen auf der Haut verursachen kann.

### **Erklärung und Einwilligung der Patientin/ des Patienten**

Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung gelesen und verstanden habe. Den Aufklärungsbogen habe ich vollständig gelesen. Ich wurde über den Ablauf der geplanten Behandlung und mögliche Nebenwirkungen informiert. Bei mir bestehen keine der o.g. Kontraindikationen (zB. Herzschrittmacher, Schwangerschaft, Epilepsie).

Singen, den

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift Patient )

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Arzt)