

## Patientenaufklärung Akupunktur

Akupunktur ist ein Teilgebiet der traditionellen chinesischen Medizin (TCM). Sie geht von Lebensenergien des Körpers aus (Qi), die auf Meridianbahnen zirkulieren und einen steuernden Einfluss auf alle Körperfunktionen haben. Ein gestörter Energiefluss wird für Erkrankungen verantwortlich gemacht und durch Stiche in, auf den Meridianen liegende Akupunkturpunkte ausgeglichen. Bei eng verwandten Methoden wird stumpfer Druck auf die Punkte ausgeübt (Akupressur) oder sie werden erwärmt (Moxibustion).

### Relative Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen für die Akupunktur sind bisher nicht bekannt, jedoch darf in folgenden Fällen die Akupunktur nur unter besonderer Abwägung durchgeführt werden:

- Schwangerschaft
- Blutgerinnungsstörungen (z.B. durch Marcumar®, Falithrom®)
- Schwere Psychiatrische Erkrankungen
- Entzündete, bestrahlte oder anderweitig verletzte Hautareale
- Kontaktallergien (z.B. Nickel oder Chrom) bei Stahlnadeln, sowie Silikonallergie bei silikonbeschichteten Nadeln
- Akut lebensbedrohliche Erkrankungen
- Schwere Schädigung des Nervensystems
- Schweren Grunderkrankungen (z.B. schwere Krebserkrankung im Endstadium)

### Nebenwirkungen

Bei dieser Therapie treten nur sehr selten Nebenwirkungen auf. Folgende Nebenwirkungen können auftreten:

- Müdigkeit bzw. vorübergehende übermäßige Entspannung nach der Behandlung, unter Umständen mit Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit
- Schmerzhaftigkeit der Einstichstelle durch vorübergehende Nervenreizungen, evtl. mit Schmerz und Sensibilitätsstörung in dieser Region
- Blutungen und Blutergüsse (Hämatom), durch die Verletzung kleiner Blutgefäße an der Einstichstelle
- Beim Stechen von Akupunkturnadeln besteht ein geringes Risiko einer Infektion. Bei Patienten mit intaktem Immunsystem und der Verwendung steriler Einmalnadeln ist dies nahezu ausgeschlossen
- Störungen der Kreislaufregulation mit Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen und Schwindel
- Aktivierung von latenten (bereits vorhandenen, aber noch nicht ausgebrochenen) Krankheitsprozessen, sowie eine vorübergehende, sehr selten auch länger bestehende Verschlechterung des behandelten Leidens (so genannte „Erstverschlimmerung“),

Susanne Kreiter  
Ostring 34  
76829 Landau  
www.susannekreiter.de



Tel.: 06341/676085  
[info@susannekreiter.de](mailto:info@susannekreiter.de)

- Vorübergehende vegetative Reaktionen wie Schwitzen, Schwächegefühl, „Nadelkollaps“, Benommenheit, Schlafstörungen, Übelkeit, Erbrechen, etc.
- Emotionale Reaktionen wie Angst, Panik, Euphorie, Lethargie etc.
- Hautreaktionen,
- Verletzung innerer Organe (z.B. Lunge, Leber), ist bei sachgerechter Anwendung auszuschließen,
- In extrem seltenen Fällen kann eine Akupunkturnadel abbrechen, ggf. kann dies einen operativen Eingriff zur Entfernung der Nadel erforderlich machen
- Mögliche lokale Hautverbrennung, falls eine Wärmebehandlung (Moxibustion) durchgeführt wird.

Falls Nebenwirkungen auftreten sollten, werden ggf. Gegenmaßnahmen erforderlich (z.B. Entfernung oder Umplatzierung einer Nadel bzw. einer Wärmequelle). Bei einer Wärmebehandlung (Moxibustion) informieren Sie uns bitte, falls Ihnen die Wärmequelle als unangenehm oder zu heiß erscheint. Falls zu einem späteren Zeitpunkt Nebenwirkungen auftreten sollten, bitten wir um sofortige Rücksprache und gegebenenfalls Wiedervorstellung. In über 20 Jahre sind mir bei meiner Arbeit bisher glücklicherweise lediglich blaue Flecken oder leichte Kreislaufbeschwerden vorgekommen.

Kommen Sie bitte leicht gefrühstückt und mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr.

Mitzubringen sind:

- Weite Hose oder Rock bis über das Knie
- Etwas zu trinken
- Mutterpass

Susanne Kreiter  
Ostring 34  
76829 Landau  
www.susannekreiter.de



Tel.: 06341/676085  
[info@susannekreiter.de](mailto:info@susannekreiter.de)

**Ich habe die Aufklärung zur Akupunkturbehandlung gelesen und zur Kenntnis genommen.**

**Klientin:** \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

**Postadresse:** \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

**Kontakt:** \_\_\_\_\_  
Telefon, E-Mail

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse, Versicherung/ IK- Nummer UND eigene  
Versicherungsnummer

**Errechneter Termin:** \_\_\_\_\_

**Anzahl bisher. Schwangerschaften insgesamt:** \_\_\_\_\_

**Bisherige Geburten/Sternenkinder:** \_\_\_\_\_

**Art der Geburten:** \_\_\_\_\_

---

Datum

Ort

Unterschrift