

Patientenaufklärung – Therapie nach PNF

Name, Vorname Patient: _____ Geb.- datum: _____

Anschrift des Patienten: _____

Bei dem ganzheitlichen Therapiekonzept nach PNF, handelt es sich um ein Konzept auf neurophysiologischer Grundlage. Ursprünglich angelegte natürliche komplexe Bewegungsmuster werden hierbei wieder neu angebahnt, erlernt und trainiert. Bei dieser Therapie werden diese Bewegungen der betroffenen Strukturen durch die angepasste Reizgebung der Tiefensensibilität (Propriozeptoren) und der Oberflächensensibilität (Exterozeptoren) wieder neu programmiert. Das verbesserte Zusammenspiel zwischen Nerven und Muskulatur reguliert den Tonus, die angebahnten Bewegungen werden vom Zentralnervensystem als physiologisches, gesundes Bewegungsmuster gespeichert. Verschiedenste Reize, wie manueller Druck, Zug, Dehnung oder Widerstand können mittels Kommandogabe das Erlernen der Bewegungsmuster unterstützen.

Anwendungsgebiete der Therapie nach PNF sind:

- Bewegungsstörungen aus dem peripheren Nervensystem
- Bewegungsstörungen aus dem zentralen Nervensystem
- nach Schlaganfall, Hirntumoren, Enzephalitis
- bei Paresen, Ataxien
- Totalendoprothesen
- Intrazerebrale Blutungen
- MS (Multiple Sklerose)
- Muskel-/Band-/Sehnenverletzungen
- Allgemeinen Muskelschwäche
- Amputationen
- Periphere Nervenläsionen
- Erkrankungen des Rückenmarks

Ziele der Therapie nach PNF sind:

- Neuerlernen und Festigung physiologischer Bewegungsabläufe
- Verbesserung der Selbständigkeit
- Verfeinerungen von Bewegungen, z.B. Gangbild
- Verbesserung der eigenen Handlungsfähigkeit
- Verbesserung der Lebensqualität
- Gelenkstabilität

Wann darf die Therapie nach Bobath nicht durchgeführt werden (Kontraindikationen):

- schwere Erkrankung des Herzens
- akute Entzündung
- Tumorerkrankung (bösartig) mit Metastasen
- Fieber / Infektionen

Situativ sind keine Nebenwirkungen bzw. Komplikationen, durch die Behandlung mittels der Therapie nach PNF, bekannt !!!

» vom Patienten auszufüllen «

Weitere Risikofaktoren des Patienten:

» vom sektoralen Heilpraktiker / Physiotherapeut auszufüllen «

Anmerkungen des sekt. HP / PT:

- Hiermit erkläre ich, dass ich umfänglich, verständlich und mündlich gemäß dem oben genannten Text, durch den behandelnden sektoralen Heilpraktiker / Physiotherapeut, aufgeklärt wurde. Die von mir gestellten Fragen wurden ausführlich erklärt. Ich wünsche die physiotherapeutische Behandlung. Sollten gesundheitliche Probleme auftreten informiere ich umgehend den behandelnden sektoralen Heilpraktiker oder Arzt und werde vorstellig.
- Ich verzichte auf die Aufklärung und wünsche die sofortige oben genannte Behandlung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient

Praxisstempel, Unterschrift Sekt. HP / PT