

Patientenaufklärung – Therapie nach Bobath

Name, Vorname Patient: _____ Geb.- datum: _____
Anschrift des Patienten: _____

Bei dem ganzheitlichen Therapiekonzept nach Bobath, handelt es sich um ein Konzept auf neurophysiologischer und entwicklungsneurologischer Grundlage. Es findet Anwendung bei Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit vorrangig neurologischen und neuromuskulären Erkrankungen. Hiermit arbeitet der Therapeut mittels manueller Techniken, wobei durch Druck Anbahnungsprozesse von Bewegungen initiiert werden. Spezielle Lagewechsel unterstützen das Erlernen neuer Bewegungsimpulse. Falsche Bewegungs – und Haltungsmuster werden nach individueller Zielvorgabe korrigiert. Die Körperwahrnehmung wird verbessert.

Anwendungsgebiete der Therapie nach Bobath sind:

- Bewegungsstörungen aus dem zentralen Nervensystem
- Störungen der Sensomotorik
- Schlaganfall
- Hirntumoren
- Enzephalitis
- Intrazerebrale Blutungen
- MS (Multiple Sklerose)
- Morbus Parkinson
- Entwicklungsverzögerungen bei Säuglingen
- Schädel – Hirn - Trauma
- Periphere Nervenläsionen
- Erkrankungen des Rückenmarks

Ziele der Therapie nach Bobath sind:

- Neuerlernen und Festigung physiologischer Bewegungsabläufe
- Verbesserung der Selbständigkeit
- Verbesserung der eigenen Handlungsfähigkeit
- Verbesserung der Lebensqualität

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 Bobath, 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 du wünsche die sofortige oben genannte Behandlung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient

Praxisstempel, Unterschrift Sekt. HP / PT