

Patientenaufklärung – Ultraschall- Wärmetherapie US

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

Bei der Ultraschall - Wärmetherapie wird der Körper und sein Stoffwechsel angeregt. Wichtige Stoffe wie Sauerstoff, Mineralien, bestimmte Abwehrstoffe und entzündungshemmende Stoffe können somit besser in die Zellen gelangen. Die Wärme regt zudem den Abtransport von Stoffwechselprodukten an. Dadurch können Schmerzen gelindert und Muskeln entspannt werden. Die Elastizität des Gewebes wird verbessert und die Regenerationsfähigkeit des Körpers angeregt.

Anwendungsgebiete der Ultraschall - Wärmetherapie US sind:

- Schmerzsyndrome des Stütz – und Bewegungsapparates
- Muskulären Verspannungen

Ziele der Ultraschall – Wärmetherapie US:

- Schmerzlinderung
- Wiederherstellung der Muskelfunktion
- Beweglichkeitsverbesserung
- Resorptionsverbesserung (Abschwellung)
- Durchblutungsverbesserung
- Beeinflußung d. Vegetativums (Nervensystem) = dämpfend

Wann darf die Ultraschall – Wärmetherapie US nicht durchgeführt werden (Kontraindikationen):

- Herzrhythmusstörung / Herzschrittmacher
- akute Entzündung / Fieber / Infektionen
- Thrombosen
- Morbus Sudeck (Stadium I-II)
- Tumorerkrankung (bösartig)
- erhöhte Gerinnungstörung (Hämophilie)
- arterielle und venöse Durchblutungsstörung (III und IV nach Fontaine)

Wann darf Ultraschall – Wärmetherapie US bedingt durchgeführt werden (relative Kontraindikation):

- Metalle im Körper (z.B. Implantate, o.ä.)
- Schwangerschaften
- Herz - / Kreislaufschwäche
- offene Hautverletzungen
- Arteriosklerose
- Allergien

» 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