KLEIN & STARK

Einverständniserklärung (zur vaginalen/rektalen Untersuchung des Beckenbodens)

Sehr geehrte/r _____

im Rahmen der sektoralen heilpraktischen Beckenbodenphysiotherapie ist eine präzise Befunderhebung der Beckenbodenmuskulatur und des umgebenden Gewebes für die Diagnostik und den Therapieerfolg entscheidend. Um den Tonus, die Kraft, die Ausdauer und die Koordinationsfähigkeit Ihrer Beckenbodenmuskulatur exakt zu beurteilen, ist eine interne (vaginale und/oder rektale) Untersuchung und Palpation (Abtasten) oft die wirksamste Methode.

1. Aufklärung über den Ablauf
Die Untersuchung wird unter Einhaltung hygienischer Richtlinien durchgeführt.
Die Therapeutin erklärt Ihnen jeden Schritt vorab. Die Untersuchung erfolgt schmerzfrei bzw. wird sofort angepasst oder abgebrochen, falls Unwohlsein oder Schmerzen auftreten.

2. Ihre Rechte (Stopp-Regel)
Diese Untersuchung ist absolut freiwillig. Sie haben jederzeit – auch während der laufenden Untersuchung – das Recht, die Behandlung **ohne Angabe von Gründen sofort abzubrechen.** Eine Ablehnung oder ein Abbruch hat keinerlei negativen Einfluss auf das Verhältnis zwischen Ihnen und der Therapeutin.

3. Kontraindikationen und wichtige Hinweise
Bitte informieren Sie die Therapeutin vorab, falls eine der folgenden Bedingungen auf Sie zutrifft:

- akute Infektionen oder Entzündungen im Genital- oder Analbereich
- frische Operationen oder Verletzungen im Becken-/Genitalbereich (weniger als 6–8 Wochen her)
- bekannte Allergien z.B. gegen Latex oder bestimmte Gleitmittel
- bestehende Schwangerschaft oder Verdacht auf eine Schwangerschaft

Erklärung der Klientin / des Klienten:

- Ich wurde von der Therapeutin ausführlich, verständlich und persönlich über die Notwendigkeit, den Ablauf, die Risiken sowie über Alternativen einer internen (vaginalen/rektalen) Beckenbodenuntersuchung aufgeklärt.
- Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, welche mir vollständig und verständlich beantwortet wurden.
- Ich bestätige, dass keine mir bekannten Kontraindikationen (z. B. akute Infektionen) vorliegen.

_____

Name / Geburtsdatum Datum, Unterschrift KlientIn

_____

Unterschrift Therapeutin