

Information zur Studie: Spannungsmuster am Schädel bei Phantomschmerzen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank für Ihr Interesse. Mit Ihrer Teilnahme unterstützen Sie ein Forschungsprojekt zu **Phantomschmerzen nach Amputation** und möglichen **Zusammenhängen mit tastbaren Spannungsmustern am Schädel**.

Wir prüfen, ob sich entlang der **Sutura sagittalis**, der mittigen Schädelnaht, **palpatorisch (durch Tasten) wahrnehmbare Unterschiede** finden lassen, die mit Phantomschmerzphänomenen zusammenhängen könnten. Die Studie ist **explorativ**, es gibt also noch keine gesicherten Ergebnisse. Ziel ist es, erste Hinweise auf mögliche Muster zu gewinnen.

Persönlicher Hintergrund:

Ich bin Osteopath und führe eine eigene Praxis in Wiesbaden. Seit knapp zwei Jahren arbeite ich intensiv mit amputierten Patientinnen und Patienten und betreue unter anderem die **Amputierten-Mannschaft des 1. FSV Mainz 05** sowie die **Deutsche Amputierten-Fußballnationalmannschaft** osteopathisch und medizinisch. Diese Arbeit hat mich tief bewegt und motiviert, diese Studie durchzuführen, um besser zu verstehen, welche körperlichen Wahrnehmungen mit Phantomschmerzen in Verbindung stehen könnten. Ich würde mich sehr über Ihre Unterstützung freuen und danke Ihnen schon jetzt für Ihr Vertrauen und Ihre Bereitschaft, einen Beitrag zu dieser Forschung zu leisten.

Ablauf:

Die Untersuchung ist einmalig, dauert ca. **30 Minuten** und beinhaltet **keine medizinischen Eingriffe oder Behandlungen**. Ihre Angaben werden **vertraulich und anonymisiert** behandelt und ausschließlich im Rahmen einer **Masterarbeit an der Hochschule Fresenius München** wissenschaftlich ausgewertet.

Wer kann teilnehmen? (Einschlusskriterien)

- Einseitige Amputation der unteren Extremität (ab Hüfte abwärts)
- Phantomschmerzen mindestens 2–3 Mal pro Jahr

Hinweis:

Ein unmittelbarer medizinischer Nutzen entsteht nicht. Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie jedoch einen wertvollen Beitrag zum besseren Verständnis von Phantomschmerzen und kranialen (Schädel-) Spannungswahrnehmungen.

Julius Brücher
B.Sc. Osteopathie & Heilpraktiker
bruecher.oste@gmail.com
Tel.: 0611 / 528964

So melden Sie sich an:

1. Bitte füllen Sie die Unterlagen im Anhang aus:
 - A. Persönliche Angaben
 - B. Ein- und Ausschlusskriterien
 - C. Einverständniserklärung
2. Senden Sie die Dokumente per E-Mail zurück
an: **bruecher.oste@gmail.com**
3. Melden Sie sich möglichst zeitnah, wenn Sie teilnehmen möchten, damit wir Ihnen einen Studienplatz sichern können.

Bei Fragen können Sie mich jederzeit kontaktieren, ich nehme mir gern Zeit für Ihr Anliegen.

Mit freundlichen Grüßen

Julius Brücher, B.Sc. Osteopathie
M.Sc. Osteopathie (in Ausbildung)
Praxis für Osteopathie Julius Brücher – Wiesbaden

A) Persönliche Angaben

<u>Angaben</u>	<u>Bitte ausfüllen</u>
Name, Vorname	
Aktueller Wohnort & Adresse	
Alter	_____ Jahre
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers
Telefonnummer	
E-Mail	
Seite der Amputation	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Höhe / Ort der Amputation am Bein (z. B. Unterschenkel, Oberschenkel, Knieexartikulation)	
Datum der Amputation	
Häufigkeit der Phantomschmerzen	<input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> episodisch (ca. ___ / Jahr) Individuelle Angaben:
Durchschnittliche Schmerzintensität (NRS 0–10) (0 = kein Schmerz, 10 = maximaler Schmerz; bitte nur beim Auftreten der Phantomschmerzen einschätzen)	_____ / 10
Besteht ein Phantomgefühl?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> gelegentlich (ca. ___ / Jahr)	
Aktuelle Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Medikamente?	_____

B) Ein- und Ausschlusskriterien

Frage / Kriterium	Ja	Nein	Zusatzinformation (falls zutreffend)
Sind Sie zwischen 18 und 75 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie aktuell einen akuten Infekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen Phantomschmerzen seit mindestens 6 Monaten nach der Amputation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treten Phantomschmerzen mindestens 2–3 Mal pro Jahr mit einer Intensität von NRS \geq 3/10 auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie aktuell zentral wirksame Medikamente (z. B. Antidepressiva oder Antikonvulsiva / Antiepileptika) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Liegt eine neurologische Grunderkrankung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Gab es in der Vergangenheit ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine kraniofaziale Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche und wann ?
Besteht aktuell eine auffällige Schädelasymmetrie oder eine entzündliche Erkrankung im Kopf-, Nacken- oder Wirbelsäulenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?
Erhalten Sie aktuell eine manuelle, osteopathische oder physiotherapeutische Behandlung mit Fokus auf den Schädelbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

C) Datenschutz und Einverständniserklärung

Alle im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke genutzt. Die Angaben werden anonymisiert, sodass kein Rückschluss auf meine Person möglich ist. Der Zugriff auf die Daten ist ausschließlich der **Studienleitung (Julius Brücher)** und ihrem **wissenschaftlichen Assistententeam** vorbehalten; eine Weitergabe an Dritte findet nicht statt. Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt gemäß der **Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)** auf Grundlage von **Art. 6 Abs. 1 lit. a** und **Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO**. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Eine Nichtteilnahme oder ein Widerruf haben keine Auswirkungen auf andere therapeutische oder ärztliche Behandlungen. Ich habe das Informationsblatt zur Studie „**Zusammenhang zwischen kranial wahrnehmbaren Spannungspunkten entlang der Sutura sagittalis und Phantomschmerzen nach Amputation der unteren Extremität – eine osteopathische Pilotstudie**“ gelesen, verstanden und erkläre mich hiermit freiwillig mit der Teilnahme einverstanden.

Ort, Datum

Name der Teilnehmerin / des Teilnehmers (in Druckbuchstaben)

Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

Unterschrift der Studienleitung (Julius Brücher)
