

Behandlungsformulare für die Lipolyse-Behandlung

Patientenanamnese

Vom Patienten auszufüllen

Patientenanamnese vom Patienten auszufüllen	Ausgefüllt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Unterschrift:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufklärungsbogen Patienten-Information	Ausgefüllt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Unterschrift:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Risikoaufklärung Patienten-Einwilligung	Ausgefüllt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Unterschrift:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Patient:

Tel:

Regionen: 1) _____ 2) _____ 3) _____

Beh.-Datum:

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Patientenanamnese

Name: _____ Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Größe: _____
 Gewicht: _____ kg

Bitte machen Sie folgende Angaben:

Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie Schilddrüsen-Veränderungen bzw. Schilddrüsenhormonstörungen (oder Verdacht hierauf)?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde ein EKG angefertigt?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden sie an Allergien? Wenn ja, welche?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden oder litten Sie je an Zuckerkrankheit?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bekommen Sie leicht blaue Flecken?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben sie Anämie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Infektionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Krebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Glaukom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	HIV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind die Blutfette in Ordnung?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben sie ernsthafte Erkrankungen oder Unfälle gehabt?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind sie allergisch gegen Arzneimittel? Wenn ja, welche?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben sie Probleme mit Blutungen gehabt?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben sie jemals schlecht auf eine Lokalbetäubung oder Vollnarkose reagiert?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen sie folgende Präparate zu sich?					
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wassertabletten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutdrucktabletten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hormone	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzmittel, blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin oder andere)				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fettreduktionsmittel Wenn ja, welche?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stillen sie noch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann haben sie ihre Menstruation?					
Haben sie folgende Gewohnheit?					
Rauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja wieviel?		
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja wieviel?		
Haben sie Operationen gehabt? (OP's, plastische OP's, Fettabsaugungen) Wenn ja, welche, wann und wo?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Arzneimittel nehmen sie zur Zeit?					

Datum: _____ Unterschrift: _____

Aufklärungsbogen für eine Injektions-Lipolyse-Behandlung

Die Injektion von Phosphatidylcholin zur Abschmelzung lokalisierter Fettansammlungen

Das injizierte Mittel enthält unter anderem Phosphatidylcholine (Sojalecithin aus Sojabohnen) und wird normalerweise intravenös zur Therapie von Fettembolien und zur Senkung von Blutfetten gegeben. Oral wird es unter anderem als Lebermedikament bei Leberverfettung verabreicht. Bei diesem Anwendungsgebiet sind keinerlei Nebenwirkungen bekannt. Zusätzlich wird, zur Verringerung der bekannten und erwarteten Therapie-Nebenwirkungen, eine in NaCl (Kochsalzlösung 0,9%) verdünnende Kombination aus Koffein (zur Förderung der lokalen Kapillardurchblutung), Vitamin C (Sodium Ascorbat), VitB2 (Riboflavin), VitB3 (Nicotinamid) und VitB6 (Pyridoxin) gegeben.

Bei der Injektions-Lipolyse wird dieses Mittel mehrfach, verteilt über einige Wochen, direkt in das Fettgewebe mit kleinsten Nadeln injiziert. Dort kommt es dann binnen weniger Wochen zum Abschmelzen des Fettgewebes und zu einer Steigerung des Fettabbaus.

Die Injektions-Lipolyse ist geeignet für Patienten, die lokalisierte Fettansammlungen aufweisen, die nicht durch eine Umstellung der Ernährung oder vermehrte Bewegung reduziert werden können. Die Injektions-Lipolyse dient keinesfalls der Gewichtsreduktion, sie kann nur die Körperkontur verändern helfen.

Der Effekt ist nicht mit dem einer Fettabsaugung gleichzusetzen, da es sich dabei um eine operative Methode handelt, die auch größere Fettmengen in einem Vorgang dauerhaft entfernt. Auch der Erfolg der Injektions-Lipolyse ist dauerhaft, er tritt nur nicht direkt ein, sondern zeitlich verzögert. Nachuntersuchte Patienten zeigen heute nach sieben Jahren immer noch eine deutliche Verminderung des Umfangs. Die Therapie ist für Patienten geeignet, die sich keinesfalls einem operativen Eingriff unterziehen wollen oder können.

Es handelt sich bei der Injektions-Lipolyse um eine ästhetisch-medizinische Therapie, die nicht durch Krankenkassen bezahlt wird, sondern die Kosten müssen vom Patienten selbst getragen werden.

Zur Kenntnis genommen:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Risikoaufklärung und Einwilligung

zur Behandlung mittels Injektions-Lipolyse

Die Therapie: Die Injektions-Lipolyse ist gedacht für kleine umschriebene Fettpolster bzw. zur gemäßigten Fettreduktion oder auch für gutartige Fettgeschwülste (Lipome) bei Patienten, die sich aus den verschiedensten Gründen nicht operieren lassen möchten. Phosphatidylcholin mit DL- alfa-tocopherol (VitE) und seinem Lösungsmittel Desoxycholsäure (Gallensäure), und eine, in einer physiologischen Kochsalzlösung (0,9%) verdünnende Kombination aus Koffein (zur Förderung der lokalen Kapillardurchblutung), VitC (Sodium Ascorbat), VitB2 (Riboflavin), VitB3 (Nicotinamid), und VitB6 (Pyridoxin), werden direkt in die zu behandelnden Fettpolster injiziert.

Eine Anästhesie ist in der Regel nicht notwendig. Überdosierungs- und Vergiftungserscheinungen sind bisher nicht bekannt. Die Behandlungsabstände betragen 8 Wochen. Die Anzahl der Behandlungen kann je nach Patient und Körperregion 1 - 4 Sitzungen betragen. Eine Garantie auf Erfolge gibt es wie bei allen ästhetischen Therapien nicht. Ihre Krankenkasse wird die Kosten der Therapie nicht übernehmen.

Zu der an mir vorgesehenen Injektions-Lipolyse Behandlung bin ich über folgende Kontraindikationen, Gegenanzeigen und Nebenwirkungen aufgeklärt worden:

<p>Absolute Kontraindikation: (dürfen nicht behandelt werden)</p> <ul style="list-style-type: none">- Kinder, Schwangerschaft, stillende Mütter,- Diabetiker (Blutzuckerkrankheit) mit Gefäßerkrankungen (Mikroangiopathien) <p>Gegenanzeigen: (d.h. bei Vorliegen dieser Erkrankungen ist höchste Vorsicht geboten: Sie müssen uns daher schon bei begründetem Verdacht über diese Gefahren informieren!)</p> <ul style="list-style-type: none">- Autoimmunerkrankungen (z. B. Sklerodermie)- schwere Lebererkrankungen- akute Infektionen und chron. Infektionsgefahr- schwere Fettleibigkeit (Adipositas per magna BMI > 30)- bekannter Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe- schwerwiegende Nierenerkrankungen,- Allergien- Blutgerinnungsstörungen <p>Allgemeines Risiko einer Injektion:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nervschäden, die evtl. dauerhaft sein können- Infektion mit anschließender Narbenbildung, z.B. Spritzenabszess	<p>Des Weiteren wurden mit mir folgende Sachverhalte besprochen:</p> <p>Erwartete Nebenwirkungen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Schwellung, Rötung und Erwärmung der Injektionsstelle- Hämatome (Bluterguss)- Druckempfindlichkeit- Schmerzen im Behandlungsbereich- Juckreiz <p>Mögliche Nebenwirkungen (des Körpers):</p> <ul style="list-style-type: none">- Rötungen, die auch andauernd sein können- Knotenbildung, die auch dauerhaft bestehen bleiben kann- Dellen durch ungleichmäßige Fettreduktion- Vegetative Störungen wie kurzzeitige Kreislaufschwäche, vermehrte Schweißbildung, Übelkeit- Durchfälle (selten)- Zwischenblutung (bei Frauen)- allergische Reaktionen (sehr selten) wie Nesselsucht, Asthma bronchiale, Schocksymptomatik- Hyperpigmentierungen bis zu mehreren Monaten. <p>Mögliche Nebenwirkung nach Fettabsaugungen</p> <ul style="list-style-type: none">- bei mangelnder Durchblutung des Gewebes (z.B. nach Fettabsaugungen) ist eine Nekrosenbildung (selten) nicht vollständig auszuschließen
---	---

Über mögliche alternative Therapien wie eine Diätische Maßnahme, Fitnesstraining oder eine operative Korrektur (z.B. Fettabsaugung) bin ich ausführlich informiert worden. Keine davon möchte ich anwenden oder anwenden lassen.

OFF LABEL USE:

Ich bin mir bewusst, dass es sich um eine nicht erforschte Methode handelt und dass der Wirkstoff Phosphatidylcholine bisher nicht zur Fettreduktion zugelassen ist. Auch die Wirkungsdauer und die Erfolgsaussichten dieser Injektions-Lipolyse sind noch nicht über einen längeren Zeitraum erforscht, so dass Studien zu Risikohäufigkeiten sowie über einen bleibenden Erfolg bzw. über die Dauer der Wirkung noch nicht existieren. Ich habe den Aufklärungsbogen sorgfältig durchgelesen und verstanden. Im Aufklärungsgespräch wurde mir die Behandlung einschließlich möglicher Alternativen ausführlich erklärt. Ich hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung zu treffen.

Mir ist bewusst, dass die subkutane Injektion von Phosphatidylcholin in das Fettgewebe eine neue, von den Zulassungsbehörden noch nicht zugelassene ästhetische Behandlung darstellt. Der Wirkstoff ist für den intravenösen Gebrauch zur Auflösung von Fettpartikeln in der Blutbahn zugelassen, bei der Injektionslipolyse wird es aber ins Fettgewebe gespritzt. Wie in allen ästhetisch-medizinischen Bereichen gibt es, zwar selten, auch unzureichende Ergebnisse.

Eine Garantie auf ein bestimmtes Ergebnis kann nicht gegeben werden. Es ist in seltenen Fällen möglich, dass die Therapie nicht adäquat anspricht (sog. Therapieversager!). Die Ursachen dafür basieren auf unterschiedlichen Gründen.

Mir ist bewusst, dass auch in diesem Fall das Honorar für die erbrachte Behandlung mir persönlich in Rechnung gestellt werden wird und beglichen werden muss.

Ich habe die Möglichkeit gehabt, alle die in diesem Aufklärungsbogen beschriebenen Inhalte mit einem Arzt zu besprechen. Aufgrund des Aufklärungsgesprächs am _____ erkläre ich mich bereit, die Injektions-Lipolyse durchführen zu lassen.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr. (bitte ankreuzen)

Patient: _____
vorgesehene Körperregion: _____
vorgesehene Behandlungstermine: _____ / _____ / _____ / _____
Kosten pro Behandlung: 1 _____ 2 _____ 3 _____ gesamt _____

Ort, Datum _____

Unterschrift
Patient _____

Unterschrift
Heilpraktiker _____