

Praxis für sanfte Medizin und Ästhetik
Erika Makris
Frankfurter Straße 19
63322 Rödermark

Anamnesebogen und Patienten-Aufklärung NoTox® (Mesotherapie)

Unerwünschte Effekte sind:

- Einstichschmerzen
- Hämatombildung
- lokale Rötungen
- Jucken
- allergische Reaktionen
- Kreislaufkollaps bei ängstlich- sensiblen Patienten
- Hautgranulome
- Hautnekrosen (**sehr selten**)
- Haut-Pigmentstörungen,
- Infektionen (**extrem selten**)
- Nervenschaden (**extrem selten**)

Zur Verminderung des Einstichschmerzes kann eine Betäubung (z.B. mit einer Anästhesie-Creme, 1/2 Stunde Einwirkzeit) vorgenommen werden.

Vom Patienten zu beachten ist:

Vor der Behandlung:

1. Zwei Tage vor der Mesotherapie kein Aspirin oder Enzympräparate einnehmen
2. Dauermedikation angeben, z. b. Marcumar
3. Hautreinigung: nur mit Wasser und Seife, keine Pflegecremes, Körpermilch oder Puder auf die zu behandelnde Stelle geben.
4. Keine Impfungen(v.a.BCG) 4 Wochen vorher und bis zu 2 Wochen nach der Mesotherapie

Nach der Behandlung:

1. 3 Tage keine Vollbäder, Massagen, Packungen oder Lymphdrainagen
2. 3 Tage keine Sonnenbäder / Solarium, Sport, Schwimmen, Sauna
3. keine gefärbten, neuen oder zu engen Kleidungsstücke (z. B. Jeans) auf behandelte Stellen
4. keine Salben oder Puder, wenn nicht vom Arzt verschrieben
5. keine Röntgenbestrahlung oder Elektrotherapie innerhalb der nächsten 3 Tage

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen, bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Name, Vorname: (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Mail:

1. Nehmen Sie **Medikamente** ein?

Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin® o.ä.)

Beruhigungsmittel,

Schlafmittel

nein ja

2. Sind Sie am **Herz-Kreislaufsystem** erkrankt (z.B. hoher Blutdruck, Angina pectoris,

Herzinfarkt,

Herzfehler?

nein ja

3. Leiden Sie unter häufigem **Nasenbluten, Blutergüssen** auch ohne Verletzung, bzw. nach leichter

Berührung, **Gerinnungsstörungen**?

nein ja

4. Sind **Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt oder **Unverträglichkeiten** von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex? Oder: Eiweißallergie/Unverträglichkeit?

nein ja

Wenn ja, welche?

5. Sind Sie **Diabetiker** (zuckerkrank)?

Spritzen Sie Insulin oder nehmen Sie „Zuckertabletten“?

nein ja

6. Haben Sie häufig **Infektionen**?

nein ja

7. Neigen Sie zu verstärkter **Narbenbildung**?

nein ja

8. **Rauchen** Sie?

nein ja

9. Falls Sie schon einmal eine Spritze zur **örtlichen Betäubung** bekamen: Gab es dabei **Komplikationen?**

nein ja

Wenn ja, welche?

10. Leiden Sie unter einer **Erbkrankheit** oder einer **chronischen Erkrankung?**

nein ja

Wenn ja, welche?

11. Für **Frauen** im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein?

nein ja

Aufklärungsgespräch

Bitte erst beim Aufklärungsgespräch die zutreffenden Kästchen auf dem Fragebogen ankreuzen, Textstellen unterstreichen oder an den vorgesehenen Stellen ergänzen und Dokumentationsbogen unterschreiben.

Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden.

Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Vermerk des Heilpraktikers zum Aufklärungsgespräch:

Erörtert wurden u.a.: Wahl des Verfahrens und der zu verwendenden Substanz, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoerhöhende Besonderheiten, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe (insbesondere bei der Entfernung unerwünschter Substanzen), Verhaltenshinweise, besondere Risiken dieser Behandlung sowie:

Einwilligung

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt, ich benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich weiß, dass es sich um eine Off-Label-Behandlung handelt. Ich willige in eine Behandlung mit NoTox[®] Mesotherapie ein

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Unterschrift Heilpraktiker/Heilpraktikerin | Arzt
