

AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die intravenöse Haemo-Laser Therapie

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind für eine Haemo-Laser Therapie vorgesehen, bei der Sie eine Nadel intravenös - also in die Vene - injiziert bekommen.

Durch ungenügenden Druck auf die Einstichstelle kann eine Blutung (wie nach jeder Stichverletzung) auftreten. Sie ist ungefährlich (außer bei Störungen der Blutgerinnung) und hört von selbst auf. Allerdings kann es zu Verschmutzungen der Kleidung kommen - wir empfehlen daher nach der Injektion 5 Minuten Druck auf die Einstichstelle auszuüben. Durch das Eindringen von Erregern in die Einstichstelle und den ev. Entstandenen Bluterguss kann es in seltenen Fällen zu einer Entzündung kommen, daraus folgt dann ev. ein (oft schmerzhafter) Abszess. Dieser kann ev. konservativ beherrscht werden, in manchen Fällen muss der Abszess aber geöffnet werden.

Als bekannte Reaktion auf die Therapie kann Wärmegefühl oder ein ganz leichter Schmerz in der Einstichstelle während der zumindest 30-minütigen Behandlung vorkommen. Nach der Therapie kann es zu einer leichten Müdigkeit bzw. fallweise auch zum Gegenteil - einer deutlicher Überaktivität kommen. Nach mehreren Therapieeinheiten kann sich Ihr Urin dunkel verfärben und leicht riechen (Entgiftungsreaktion). Nach mehreren Therapien können Sie eventuell besser schlafen. Schwere Nebenwirkungen sind nicht bekannt.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes Risiko für diese Therapie abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt...

- Asthma ? Nein Ja
- Allergien, die einer Behandlung bedürfen ? Nein Ja
- Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein [z.B. Thrombo-ASS, Marcoumar, Clopidogrel, Plavix, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana,...]? Nein Ja
- Besteht bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung? Bekommen Sie leicht blaue Flecken? Nein Ja
- Leiden Sie an einer Infektionskrankheit [z.B. Hepatitis, HIV,...]?
Nein Ja
- Erkrankung des Herzens? Nein Ja
- der Niere / Nebenniere? Nein Ja

- der Schilddrüse? Nein Ja
- Zuckerkrankheit? Nein Ja
- Frauen im gebärfähigen Alter: Können Sie ausschließen, schwanger zu sein?
Nein Ja
- Welche Medikamente nehmen Sie?

.....

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Therapie zu.** In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

 Unterschrift der/des Patientin/en
 bzw. des gesetzlichen Vertreters

 Name und Unterschrift des/der Arztes/in

 Datum / Uhrzeit

 Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der/dem Assistentin/en zu übergeben.

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

