

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)? ja nein

Wurde ein EKG angefertigt? ja nein

Leiden Sie an Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden oder litten Sie je an Zuckerkrankheit? ja nein

Bekommen Sie leicht blaue Flecken? ja nein

Haben Sie Anämie? ja nein Blutkrankheiten ja nein

Gelbsucht ja nein Infektionen ja nein

Hepatitis ja nein Krebs ja nein

Glaukom ja nein HIV ja nein

Sind die Blutfette in Ordnung? _____

Haben Sie ernsthafte Erkrankungen oder Unfälle gehabt? _____

Sind Sie allergisch gegen Arzneimittel? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie je Probleme mit Blutungen gehabt? ja nein

Haben Sie jemals schlecht auf eine
Lokalbetäubung oder Vollnarkose reagiert? ja nein

Nehmen Sie folgende Präparate regelmäßig zu sich?

Aspirin ja nein Beruhigungsmittel ja nein

Wassertabletten ja nein Blutdrucktabletten ja nein

Schmerzmittel ja nein Hormone ja nein

Fettreduktionsmittel ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Gewohnheiten?

Rauchen ja nein Wenn ja, wie viel? _____

Alkohol ja nein Wenn ja, wie viel? _____

Haben Sie Operationen gehabt? (einschl. plast. Operationen) ja nein

Wenn ja, welche? wann? wo? _____

Welche Arzneimittel nehmen Sie zur Zeit? _____

Datum: _____

Unterschrift _____

Patientenbeobachtung Lipolyse-Report 2004

Datum: _____ Arzt-Nr.: _____ Pat.-Nr.: _____

Geschlecht: männlich weiblich Geburtsjahr/Alter: _____ / _____

Lokalisation: _____ Gewicht: _____ kg Größe _____ cm

Befund: _____

Voraussichtliche Anzahl von Sitzungen: _____

Sitzung	Fotodokumentation	1	2	3	4
Am:					
Maße in cm:					
Injizierte Menge (ml)					

Schmerzen (Dauer in Tagen)				
Hämatome (Dauer in Tagen)				
Juckreiz (Dauer in Tagen)				
Brennen (Dauer in Tagen)				
Rötung (Dauer in Tagen)				
Schwellung (Dauer in Tagen)				
Druckempfindlichkeit (in Tagen)				
Dellen (Dauer in Tagen)				
Verhärtungen – Knotenbildung				
Zysten				
Sonstige				

Kontrollkürzel des Arztes				
Kontrollkürzel des Patienten				

Patientenzufriedenheit: sehr zufrieden zufrieden weniger zufrieden

Beurteilung des Behandlungserfolges: _____

Unterschrift behandelnder Arzt

Unterschrift Patient/in

Aufklärungsbogen

für eine Injektions-Lipolyse-Behandlung

Die Injektion von Phosphatidylcholin zur
Abschmelzung lokalisierter Fettansammlungen

1995 injizierte Frau Dr. Patricia Rittes / Sao Paulo erstmals Phosphatidylcholin in die kleinen Fettsäckchen im Unterlidbereich, die die Tränensäcke ausmachen. Nach 2-3 Sitzungen waren die Tränensäcke verschwunden. Frau Dr. Rittes hat über 8.000 Behandlungen mit dieser Methode durchgeführt. Auch der wissenschaftliche Leiter des europäischen NETZWERK-Lipolyse, Dr. Franz Hasenschwandtner, hat seit 2002 über 2.400 Behandlung erfolgreich durchgeführt und die Therapie maßgeblich weiterentwickelt.

Das injizierte Mittel enthält 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.

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.

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.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und die Behandlungsdokumentation anonym ohne Verwertung persönlicher Daten wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen.

Zur Kenntnis genommen

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in

Risikoaufklärung und Einwilligung

zur Behandlung mittels Injektions-Lipolyse im Arzt/Patienten Gespräch

Die Therapie:

Die Injektions-Lipolyse ist gedacht für kleine umschriebene Fettpolster bzw. zur gemäßigten Fettreduktion oder auch für gutartige Fettgeschwülste bei Patienten, die sich aus den verschiedensten Gründen nicht operieren lassen möchten. Phosphatidylcholin wird direkt in die zu behandelnden Fettpolster injiziert. Eine Anästhesie ist in der Regel nicht notwendig. Überdosierungs- und Vergiftungserscheinungen sind bisher nicht bekannt. Die Behandlungsabstände sind individuell und je nach Körperregion unterschiedlich und können 6-8 Wochen betragen. Die Anzahl der Behandlungen kann je nach Körperregion 2-4 Sitzungen betragen. Eine Garantie auf Erfolge gibt es wie bei allen ästhetischen Therapien nicht. Ihre Krankenkasse wird die Therapie nicht übernehmen.

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

Absolute Kontraindikation: (dürfen nicht behandelt werden)

- Kinder, Schwangerschaft, stillende Mütter,
- Diabetiker (Blutzuckerkrankheit) mit Gefäßerkrankungen (Mikroangiopathien)

Gegenanzeigen:(d.h. bei Vorliegen dieser Erkrankungen ist höchste Vorsicht geboten: Sie müssen uns daher schon bei begründetem Verdacht über diese Gefahren informieren!)

- Autoimmunerkrankungen (z. B. Schilddrüsenentzündung)
- schwere Lebererkrankungen
- akute Infektionen und chron. Infektionsgefahr
- schwere Fettleibigkeit (Adipositas per magna BMI > 30)
- bekannter Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe (z.B. Sojaallergie)
- schwerwiegende Nierenerkrankungen,
- Allergien
- Gerinnungsstörungen
- Menstruationsstörungen

Allgemeines Risiko einer Injektion

- Nervschäden, die evtl. dauerhaft sein können
- Infektion mit anschließender Narbenbildung, z.B. Spritzenabszeß

Erwartete Nebenwirkungen:

- Schwellung und Überwärmung der Injektionsstelle
- Hämatome (Bluterguß)
- Druckempfindlichkeit
- Schmerzen im Behandlungsbereich
- Juckreiz

Mögliche Nebenwirkungen (des Körpers):

- 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

Desweiteren wurden mit mir folgende Sachverhalte besprochen

Über 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 das Medikament 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 kosmetische Behandlung darstellt. Wie in allen medizinisch-kosmetischen Bereichen gibt es, zwar selten, auch unzureichende Ergebnisse. Eine Garantie auf ein bestimmtes Ergebnis kann nicht gegeben werden. Es ist 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 und das Medikament mir persönlich in Rechnung gestellt 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 mit Phosphatidylcholin 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 Arzt