

AUFKLÄRUNGSBOGEN

für die intravasale Laserblutbestrahlung

(Haemo-Laser® - Therapie)

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Diese Aufklärungs- und Einverständniserklärung informiert Sie über die intravasale Laserblutbestrahlung mit niederenergetischer Laserstrahlung (Haemo-Laser® – Therapie).

Die intravasale Laserblutbestrahlung kann zur Verbesserung der Durchblutung, zur Schmerz- und Entzündungsreduktion sowie zur Verbesserung der Wundheilung angewendet werden. Dabei wird eine Injektionsnadel oder eine Venenverweilkanüle intravenös – also in die Vene – eingebracht, durch die ein Lichtleiter die Laserstrahlung direkt an das zirkulierende Blut in der Vene abgibt.

Die Behandlungsdauer ist ca. 30-60 Minuten bei erwachsenen Patienten, bei Kindern ca. 15-20 Minuten.

Befolgen Sie bitte unbedingt die Anweisungen des Fachpersonals insbesondere hinsichtlich der Lagerung des Armes um Verletzungen während der Behandlung zu vermeiden.

Nach dem Entfernen der Injektionsnadel oder Venenverweilkanüle kann durch ungenügenden Druck auf die Einstichstelle eine Blutung oder ein Hämatom auftreten. Es wird daher empfohlen, nach Entfernen des Einmal-Lichtleiters ca. 5 Minuten Druck auf die Einstichstelle auszuüben.

Folgende Reaktionen können während oder nach einer intravasalen Laserblutbestrahlung (Haemo-Laser® – Therapie) auftreten:

- Vorübergehende, leichte Schmerzzunahme, Wärmegefühl, Brennen oder Kribbeln an der Einstichstelle.
- Sehr selten kann es zu einer Infektion (Entzündung) an der Einstichstelle oder zu Gefäßverletzungen beim Durchstechen eines Gefäßes kommen. Dies kann in weiterer Folge zu stärkeren Blutungen und Hämatomen im Bereich der Einstichstelle führen.
- Erhöhtes Müdigkeitsgefühl oder Überaktivität
- Verstärkte Harnausscheidung einhergehend mit einer Farb- und/oder Geruchsänderung des Harns.
- In äußerst seltenen Fällen kann es bei langzeit-nüchternen Patienten zu Schwindel und Kreislaufproblemen kommen.

Schwere Nebenwirkungen sind nicht bekannt.

Es wird empfohlen nach der Haemo-Laser Therapie ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen.

Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes Risiko für diese Therapie abschätzen zu können, beantworten Sie bitte die angeführten Fragen:

Besteht eine Allergie gegen bestimmte Substanzen, Medikamente oder Pollen? Nein Ja

Wenn ja, welche?.....
.....

Besteht eine angeborene oder erworbene Blutgerinnungsstörung Nein Ja

Wenn ja, welche?.....
.....

Kam es bereits einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose/Embolie)? Nein Ja

Besteht / bestand eine weitere Gefäßerkrankung (z.B. Durchblutungsstörung, Arteriosklerose, Aneurysma) Nein Ja

Besteht / bestand eine Krebserkrankung oder Leukämie? Nein Ja

Leiden Sie an Asthma? Nein Ja

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit [z.B. Hepatitis, HIV,...]? Nein Ja
Wenn ja, welche?.....
.....

Besteht eine Erkrankung des Herzens? Nein Ja
Wenn ja, welche?.....
.....

Besteht eine Erkrankung der Niere / Nebenniere? Nein Ja
Wenn ja, welche?.....
.....

Besteht eine Erkrankung der Schilddrüse? Nein Ja
Wenn ja, welche?.....
.....

Besteht eine Erkrankung von Darm oder Bauchspeicheldrüse? Nein Ja
Wenn ja, welche?.....
.....

Besteht eine Zuckerkrankheit? (Diabetes Typ.....) Nein Ja

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? Nein Ja
Wenn ja, welche?.....
.....

Bei Frauen: Können Sie ausschließen, schwanger zu sein? Nein Ja

Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen (z.B. zur Blutverdünnung wie z.B. Marcoumar, Clopidogrel, Plavix, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Heparin, HerzASS, ThromboASS) oder andere? Nein Ja
Wenn ja, welche (bitte alle Medikamente angeben)
.....
.....

Besteht eine Nadelphobie? Nein Ja

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

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

Patient:

Vorname:	
Nachname:	
SV-Nr.:	
Geboren am:	
Adresse:	

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. **Ich bin mit der Wahl des Verfahrens der intravasalen Laserblutbestrahlung (Haemo-Laser® – Therapie) einverstanden und stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Therapie zu.** In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen an das Behandlungspersonal zu stellen und diese wurden mir zufriedenstellend beantwortet. Ich wurde über die Risiken zum Behandlungsverfahren, auch im Bezug zu meiner bestehenden Erkrankung und den eingenommenen Medikamenten, ausreichend informiert.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Leistung nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird und wünsche die Behandlung als Selbstzahler.

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

Name und Unterschrift des Arztes /der
Ärztin

Datum / Uhrzeit

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

.....

.....

.....