



Behandlungsformulare für die Lipolyse-Behandlung

Patientenanamnese

vom Patienten auszufüllen

Ausgefüllt: ja nein

Unterschrift: ja nein

Aufklärungsbogen

Patienten-Information

Ausgefüllt: ja nein

Unterschrift: ja nein

Risikoaufklärung

Patienten-Einwilligung

Ausgefüllt: ja nein

Unterschrift: ja nein

Patient: _____

Tel: _____

Regionen: 1 _____ 2 _____ 3 _____

Beh.-Datum: _____

Diese Vorlagen sind Vorschläge des NETZWERK-Lipolyse, die durch die Kanzlei Dr. Eick & Partner (Rechtsanwälte) geprüft wurden. Wegen der neuartigen Behandlungsmethode können Netzwerk-Lipolyse und die Kanzlei Eick & Partner keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Vorlagen geben. Anamnese, Befundung und Aufklärung müssen sich nach dem konkreten Einzelfall richten. Eine Verwendung findet unter Haftungsausschluss des NETZWERK-Lipolyse und der Kanzlei Dr. Eick & Partner statt.

Bei Verwendung dieser Vorlage ist eine Haftung durch das NETZWERK-Lipolyse ausgeschlossen.

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?	<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? _____

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?

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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
----------------------	-----------------------------	-------------------------------	--	--	--

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? ja nein Stillen sie noch? ja nein

Wann haben Sie Ihre Menstruation? _____

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Gewohnheiten?

Rauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viel ? _____
---------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------

Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viel ? _____
---------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------

Haben Sie Operationen gehabt? (OP's, plast. OP's, Fettabsaugungen) ja nein

Wenn ja, welche? wann? wo? _____

Welche Arzneimittel nehmen Sie zur Zeit? _____

Datum: _____ Unterschrift _____

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. Der wissenschaftliche Leiter des weltweiten NETZWERK-Lipolyse, Dr. Franz Hasenschwandtner, hat seit 2002 über 8.000 Behandlung erfolgreich durchgeführt und die Therapie maßgeblich weiterentwickelt.

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.

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 Fettgeschwüste (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 physiologischer 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 vorgesehene 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. 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

Allgemeines Risiko einer Injektion:

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

Erwartete Nebenwirkungen:

- Schwellung, Rötung und Erwärmung 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
- Hyperpigmentierungen (bis zu mehrere Monate)

Mögliche Nebenwirkung nach Fettabsaugungen:

- bei mangelnder Durchblutung des Gewebes (z.B. nach Fettabsaugungen) ist eine Nekrosenbildung (selten) nicht vollständig auszuschließen

Desweiteren wurden mit mir folgende Sachverhalte besprochen:

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 Wirkdauer 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 Arzt