

Patientenaufklärungsbogen Injektion zur Gewebekorrektur / Volumenaufbau mit Hyaluronsäure

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, dieser Aufklärungsbogen dient Ihrer Information.

Bitte lesen Sie diesen gründlich durch und füllen anschließend den Fragebogen aus.

Wir altern – was geschieht? Mit fortschreitendem Alterungsprozess verliert die Haut ihr frisches, jugendliches Aussehen, auch Elastizität und Spannkraft lassen spürbar nach. In der Folge entstehen feine Fältchen und tiefe Falten, die Gesichtszüge können müde und schlaff wirken. Die moderne ästhetische Medizin bietet viele Möglichkeiten, damit Sie wieder so jung aussehen, wie Sie sich fühlen. Eine beliebte und häufig eingesetzte Behandlungsmöglichkeit in der ästhetischen Medizin ist das Faltenunterspritzen mit Gewebefüllern.

Die durch den Alterungsprozess entstehenden Falten / Fältchen können mit der Gewebeunterspritzung hervorragend korrigiert werden. Die Wirkung und Haltbarkeit dieser Methode ist jedoch zeitlich begrenzt, nach gewisser Zeit empfiehlt sich eine Auffrischung. Besprechen Sie dieses mit Ihrem Behandler.

Hyaluronsäure ist ein körpereigener Stoff, der seit über 20 Jahren millionenfach und weltweit in der Faltenunterspritzung eingesetzt wird. Hyaluron ist sehr gut verträglich und kann ein Vielfaches seines eigenen Volumens an Wasser binden. Es versorgt die Haut mit Feuchtigkeit und polstert Falten sanft von innen her auf. Mit der Zeit wird es vollständig vom Körper abgebaut.

Die gesetzliche Krankenversicherung und auch private Krankenversicherungen übernehmen die Kosten für eine Unterspritzung mit Hyaluronfiller und eventuellen Nachbehandlungen wegen Komplikationen nicht.

Bitte besprechen Sie vor der Behandlung die Kosten mit Ihrem Behandler.

Die Behandlung:

Um Schmerzen zu vermindern wird in manchen Fällen eine sogenannte topische Salbe / Spray vor der Injektion auf die Haut aufgetragen. Der Filler wird dann mithilfe feinsten, speziell für die ästhetische Behandlung angefertigten Nadeln unter die Haut injiziert. Dieser Bereich wird nach der Injektion leicht massiert um das implantierte Material den Konturen des Gewebes anzupassen. Eine Behandlung dauert ca. 20-60 Minuten.

Risiken und mögliche Komplikationen:

Nach der Injektion des Fillers können unmittelbar nach der Behandlung an der Injektionsstelle Rötungen, Schwellungen, leichte Schmerzen oder leichte Blutungen auftreten, die in der Regel nach wenigen Stunden abklingen. In seltenen Fällen, insbesondere bei abwehrgeschwächten Patienten, lassen sich Entzündungen der Haut und der Unterhaut mit Abszessbildung, Bluterguss, Gewebeuntergang, Schorf- und Narbenbildung sowie Gefühlsstörungen an den behandelten Stellen nicht ausschließen. Bei Patienten mit Herpes-Erkrankungen im Gesicht kann in seltenen Fällen infolge der Behandlung der Herpes erneut auftreten.

Als Reaktion auf das Fremdmaterial können sich Granulome, umgangssprachlich Knoten genannt, in oder unter der Haut bilden, die sich unter medikamentöser Behandlung zwar meist wieder zurückbilden, bisweilen allerdings auch dauerhaft bestehen bleiben. Flächenhafte Vernarbung und Verhärtung der Haut (Fibrose) oder auch Gewebeschwund sind selten. In sehr seltenen Fällen kann es durch die versehentliche Injektion des Füllmaterials in Blutgefäße zur vorübergehenden oder bleibenden Sehstörung bis hin zur Erblindung kommen.

Trotz aller Sorgfalt lassen sich bei der Unterspritzung des Gewebes Über- oder Unterkorrekturen nicht sicher ausschließen.

Eine Unterkorrektur – kein sichtbarer Behandlungseffekt - sollte durch eine Wiederholung der Behandlung korrigiert werden.

Eine Überkorrektur –zu großes Volumen - kann durch das gezielte Einspritzen des Enzyms Hyaluronidase beseitigt werden.

Empfohlene Verhaltensregeln nach der Filler-Injektion:

Nach der Behandlung sollten Sie für drei bis vier Tage lang Alkoholgenuss, Sauna- / oder Hamambesuche und eine UV-Bestrahlung durch Sonne oder Solarium vermeiden.

Treiben Sie am Tag der Injektion keinen Sport.

Auch sollten während der ersten sechs Stunden nach der Behandlung die behandelten Gesichtspartien nicht berührt sowie kein Make-up oder sonstige Kosmetika auf die behandelten Partien aufgetragen werden.

Fragebogen / Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig, damit etwaigen Risiken vorgebeugt werden kann.

1. Nehmen Sie Medikamente ein (z.B. Marcumar, Aspirin, Plavix o.ä.), Ja Nein
Schmerzmittel, Beruhigungs- oder Schlafmittel? Falls ja, welche:

2. Leiden Sie unter Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. hoher Ja Nein
Blutdruck, Angina Pectoris, Herzinfarkt)? Falls ja, bitte Art der Erkrankung angeben:

3. Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Ja Nein Verletzung
bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen? Falls ja, welche?

4. Sind Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeit Ja Nein von
Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex
bekannt? Falls ja, welche

5. Leiden Sie unter einer Erbkrankheit, eine Autoimmunerkrankung Ja Nein oder einer
chronischen Erkrankung? _____

6. Haben oder hatten Sie eine Gelbsucht oder Leberentzündung? Ja Nein

7. Sind Sie Diabetiker? Ja Nein

8. Leiden Sie häufig(er) unter Infektionen? Ja Nein

9. Neigen Sie zu verstärkter Narbenbildung? Ja Nein

10. Falls Sie schon einmal eine Spritze zur örtlichen Betäubung Ja Nein
(z.B. beim Zahnarzt) bekommen haben, traten dabei Komplikationen oder Auffälligkeiten
auf?

11. Rauchen Sie? Ja Nein

12. Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor? Ja Nein

13. Wurden Sie in der Vergangenheit bereits mit Fillern oder anderen Ja Nein
Implantatstoffen behandelt? Falls ja, wann und womit:

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Patientenname : _____ Geb.-Datum: _____

Unterschrift des Patienten _____ Datum: _____

Einverständniserklärung zur Filler - Behandlung mit Hyaluronsäure

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Art, Inhalt, Risiken und Erfolgchancen der Filler Behandlung wurden mir in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch eingehend erläutert.

Die Verhaltenshinweise werde ich beachten. Ich wurde darüber informiert, dass gegebenenfalls mehrere Behandlungen notwendig sind, um das gewünschte Ergebnis zu erzielen. Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt.

Ich benötige keine weitere Bedenkzeit.

Ich erkläre mich mit der Behandlung vollumfänglich einverstanden.

Ort / Datum

(Unterschrift der Patientin/ des Patienten)

(Unterschrift Matthias Eberl, HP)