

Patienteneinwilligung

Ich habe den Patientenaufklärungsbogen gelesen, habe ihn verstanden und bin damit einverstanden, mich mit Ultherapy® behandeln zu lassen. Die Behandlung erfolgt ambulant.

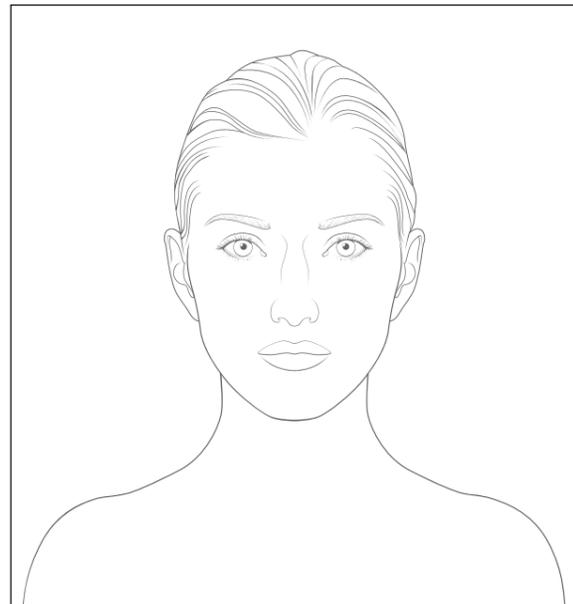
Mir wurden das Verfahren und die Indikation für Ultherapy®, sowie Art, Inhalt und Erfolgsaussichten der o.g. Behandlung ausführlich in einem Aufklärungsgespräch erläutert. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, die alle zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden.

Auch habe ich schriftliches Informationsmaterial erhalten und mir wurde eine ausreichende Bedenkzeit eingeräumt.

Fragen zu meiner Krankheitsgeschichte habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ich wurde darüber informiert, dass die Dauer des lang anhaltenden straffenden Effekts je nach Hauttyp und Veranlagung unterschiedlich ist. Darüber hinaus wurde mir erklärt, dass die Ergebnisse sich im Verlauf von 3 bis 6 Monaten entfalten werden und dass manche Patienten von mehr als einer Behandlung profitieren können. Ich verstehe auch, dass eine nicht invasive Ultherapy®-Behandlung nicht die Absicht verfolgt, die gleichen Ergebnisse wie ein invasives chirurgisches Verfahren zu erzielen.

Ich wünsche eine Behandlung mit Ultherapy® (bitte einzeichnen):



Mein Arzt empfiehlt mir folgendes Schmerzmanagement während der Behandlung:

Sollten unvorhersehbare Änderungen oder Erweiterungen der besprochenen Behandlung notwendig werden, bin ich mit der Durchführung erforderlicher Maßnahmen einverstanden.

Name des Patienten (in Druckbuchstaben): _____

Unterschrift des Patienten: _____ Datum: _____

Name des Arztes (in Druckbuchstaben): _____

Unterschrift des Arztes: _____ Datum: _____

Art-Nr. 44093 07/2015

Patientenaufklärungsbogen

Bitte vor der Behandlung lesen und den Fragebogen ausfüllen!

ULTHERAPY®

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

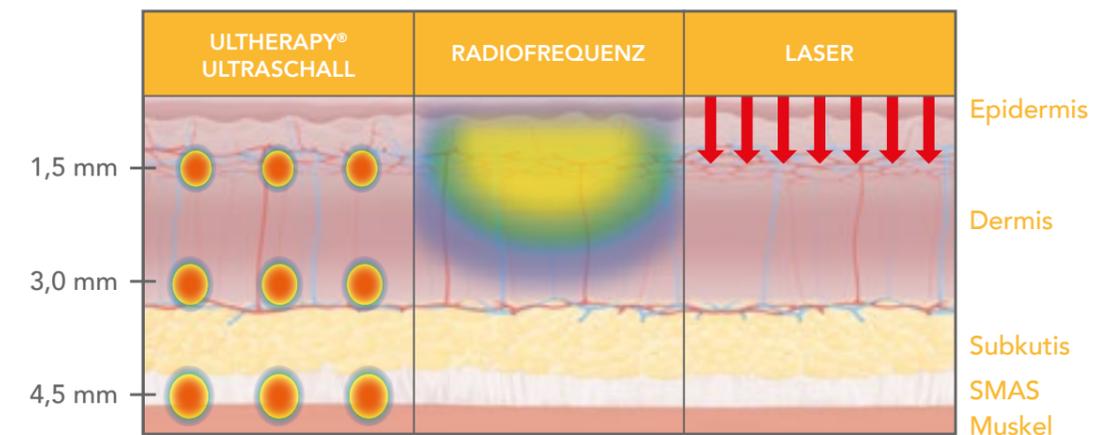
unser Körper verändert sich im Laufe der Zeit. Dieser Prozess wird durch sogenannte externe Faktoren wie zu lange und intensive Sonnenbestrahlung und z.B. Rauchen verstärkt. Nach und nach nimmt die natürliche Spannkraft und Elastizität durch eine zurückgehende Wasserbindungsfähigkeit der Haut ab und das Gewebe wird schlaff. Störende Gewebeanschlaffungen lassen sich mit unterschiedlichen Verfahren korrigieren:

- ▶ operative und invasive Verfahren wie z.B. chirurgische Hautstraffung oder Laserbehandlung
- ▶ nicht invasives Lifting-Verfahren (Ultherapy®)

Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt rät Ihnen zum nicht invasiven Lifting-Verfahren Ultherapy®. Deshalb möchten wir Ihnen im Folgenden diese Methode, die Sie ambulant und deshalb zeitsparend durchführen lassen können, mit ihren Eigenschaften näher bringen.

Wie funktioniert die Ultherapy® Behandlung?

Bei Ultherapy® handelt es sich um eine Ultraschall-Behandlung, die die Neubildung von Kollagen und Elastin bis in die tiefen Hautschichten stimuliert. Anders als Lasergeräte oder Radio-Frequenzgeräte, welche die Hitze von außen nach innen bringen müssen, wirkt Ultherapy® von innen nach außen, um die Haut zu straffen und zu liften. Die Ultraschall-Energie passiert die Hautoberfläche schadlos, um in einer Tiefe von bis zu 4,5 mm die Neubildung von Kollagen und Elastin anzuregen und die Haut somit zu straffen und zu liften. Dies ist die Gewebeschicht, die typischerweise bei einem chirurgischen Facelift gestrafft wird. Die Haut reagiert auf diesen Reiz mit der Neubildung von frischem Kollagen und Elastin. Die Resultate werden über einen Zeitraum von mehreren Monaten sichtbar und zeigen ein jüngeres und konturiertes Aussehen. Diese Ergebnisse können sich noch bis zum 6. Monat verbessern.



Vergleich der Einwirktiefe und Energieverteilung

Mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen

Unmittelbar nach der Ultherapy® kann die Haut für ein paar Stunden gerötet sein. Es ist nicht ungewöhnlich, einige Tage nach dem Eingriff leichte Schwellungen bzw. für ein paar Tage oder Wochen nach dem Eingriff ein Kribbeln und/oder eine Druckempfindlichkeit zu verspüren, diese sind meist leicht und in ihrer Natur vorübergehend.

Gelegentlich können Blutergüsse oder Quaddeln auftreten, die im allgemeinen binnen Stunden oder Tagen verschwinden. Auch kann Taubheit in einem bestimmten Bereich auftreten, diese lässt im allgemeinen nach Tagen oder Wochen nach. Wie bei jedem medizinischen Eingriff sind mit der Behandlung mögliche Risiken verbunden. Es besteht eine geringe Gefahr einer Verbrennung, die eventuell zu Narbenbildung führen kann (welche im allgemeinen beide medizinisch behandelbar sind), bzw. eine vorübergehende Nervenentzündung, die binnen einiger Tage bis Wochen nachlassen wird. Nach der Behandlung kann aufgrund einer Entzündung eines motorischen Nervs eine zeitweilige lokale Muskelschwäche auftreten. In seltenen Fällen kann aufgrund einer Entzündung eines sensorischen Nervs nach der Behandlung eine zeitweilige Taubheit auftreten.

Wann Sie auf eine Behandlung mit Ultherapy® verzichten sollten

Grundsätzlich sollten Sie auf eine Ultherapy®-Behandlung verzichten, wenn Sie im Gesicht oder am Hals offene Wunden oder schwere, zystische Akne haben. Wenn Sie an den Stellen, an welchen behandelt werden soll, akute Infektionen oder Entzündungen haben, so sollten Sie warten, bis diese abgeklungen sind. Darüber hinaus sollten Sie auf eine Behandlung mit Ultherapy® verzichten, wenn Sie einen Schrittmacher, ein elektronisches bzw. mechanisches Implantat oder ein ästhetisches Implantat im zu behandelnden Bereich tragen.

Da keine Erfahrungen bei Schwangeren, Stillenden und Jugendlichen unter 18 Jahren vorliegen, muss dieser Personenkreis ebenfalls von der Behandlung mit Ultherapy® ausgeschlossen werden.

Worauf Sie zusätzlich achten sollten

Bitte informieren Sie Ihren Arzt über eine eventuell vorausgegangene ästhetische Behandlung. Bei Vorliegen von hämorrhagischen oder hämostatischen Krankheiten, Diabetes mellitus, einer Autoimmunerkrankung, Epilepsie, Herpes Simplex, Migräne, sowie bei Gesichtslähmungen sollte Sie ebenfalls Ihren Arzt konsultieren. Nach der Ultherapy®-Behandlung sollten Sie Ihrer Haut Ruhe gönnen.

Fragen/Anmerkungen des Patienten

Fragen/Anmerkungen des Arztes

Wichtige Informationen zum Fragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig, damit Ihr behandelnder Arzt auf etwaige Risiken im Gespräch besser eingehen kann.

Wenn Sie Fragen haben, scheuen Sie sich nicht, Ihren Arzt anzusprechen.

Anamnese-Fragebogen

- 1 Nehmen Sie dauerhaft Medikamente (Schmerzmittel, Entzündungshemmer, blutverdünnende Mittel, Beruhigungsmittel, Schlafmittel) ein? Nein Ja
Andere: _____
- 2 Liegt bei Ihnen eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler) vor? Nein Ja
Welche: _____
- 3 Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen? Nein Ja
- 4 Sind Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt oder reagieren Sie überempfindlich auf Schmerzmittel, Betäubungsmittel (z. B. Lidocain), Nahrungsmittel (z. B. tierischer Herkunft), Medikamente, Pflaster, Latex? Nein Ja
Welche: _____
- 5 Leiden Sie unter schwerer, zystischer Gesichtsakne? Nein Ja
- 6 Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung (z. B. chronisches Gelenk- oder Weichteilrheuma, Morbus Crohn)? Nein Ja
- 7 Leiden Sie häufig an Infektionen (z. B. Herpes simplex)? Nein Ja
Welche: _____
- 8 Leiden Sie an Diabetes mellitus, Epilepsie oder Migräne? Nein Ja
Welche: _____
- 9 Tragen Sie einen Schrittmacher oder ein anderes elektronisches bzw. mechanisches Implantat (z. B. Metall-Stents)? Nein Ja
Wenn ja, welches: _____
- 10 Tragen Sie ein Implantat (z. B. Brustimplantat oder Zahnimplantat)? Nein Ja
Wenn ja, welches: _____
- 11 Leiden Sie an aktiven Hauterkrankungen, die die Wundheilung beeinflussen können? Nein Ja
- 12 Neigen Sie zu überschießender Narbenbildung (Keloiden)? Nein Ja
- 13 Wie oft setzen Sie sich natürlicher und/oder künstlicher Sonnenbestrahlung aus?
 1x in der Woche mehr als 1x in der Woche 1x im Monat oder weniger
- 14 Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor und/oder stillen Sie? Nein Ja
- 15 Wurden bei Ihnen folgende kosmetische Behandlungen innerhalb der letzten 12 Monate durchgeführt?
 - A Fillerbehandlung Nein Ja
Produktname: _____ Behandeltes Gesichts-/Körperareal: _____ Behandlungsdatum: _____
 - B Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin Nein Ja
Produktname: _____ Behandeltes Gesichts-/Körperareal: _____ Behandlungsdatum: _____
 - C Ablative (hautabtragende) oder nicht ablativ Laserbehandlung Nein Ja
Name des Verfahrens: _____ Behandeltes Gesichts-/Körperareal: _____ Behandlungsdatum: _____
 - D Dermabrasion oder tiefenwirksames Hautpeeling Nein Ja
Name des Verfahrens: _____ Behandeltes Gesichts-/Körperareal: _____ Behandlungsdatum: _____
 - E Liposuction (Fettabsaugung) Nein Ja
Name des Verfahrens: _____ Behandeltes Gesichts-/Körperareal: _____ Behandlungsdatum: _____
 - F operativer Facelift, Oberlidstraffung oder Brauenlift Nein Ja
Name des Verfahrens: _____ Behandeltes Gesichts-/Körperareal: _____ Behandlungsdatum: _____

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet und bestätige dies mit der Unterschrift auf der Rückseite.

* Nennen Sie Ihrem Arzt alle Arzneimittel die Sie einnehmen.