

Aufklärungsbogen Botulinumtoxin A

Wirkprinzip

Botulinumtoxin ist ein natürlich vorkommendes Eiweiß, das aus dem Bakterium *Clostridium botulinum* gewonnen wird. In hochgereinigter und stark verdünnter Form wird es medizinisch eingesetzt. Der Wirkstoff blockiert vorübergehend die Signalübertragung von Nerven zu Muskeln, indem er die Ausschüttung des Neurotransmitters Acetylcholin hemmt. Folge: Der betroffene Muskel entspannt sich für mehrere Wochen bis Monate.

Anwendungsgebiete

Ästhetische Medizin: Glättung von Mimikfalten (z. B. Stirn, Zornesfalte, Krähenfüße)

Neurologie: Behandlung von spastischen Bewegungsstörungen (z. B. Spastik, Torticollis spasmodicus) Weitere: übermäßiges Schwitzen, Migräneprophylaxe, Bruxismus

Wirkungseintritt und Dauer

- beginnender Wirkungseintritt: ca. 3–7 Tage----- Maximale Wirkung: nach 10–14 Tagen
- Wirkdauer: durchschnittlich 3–6 Monate

Mögliche Nebenwirkungen

Lokale Nebenwirkungen: Rötung, Schwellung, kleine Blutergüsse, Spannungsgefühl

Funktionelle Nebenwirkungen:

- Ptosis (hängendes Oberlid)
- Diplopie (Doppelbilder)
- Schwäche der Mundmuskulatur (z. B. asymmetrisches Lächeln)
- Abgeschwächte Stirnmimik („maskenhaftes Gesicht“)

Systemische Nebenwirkungen (selten): Kopfschmerzen, grippeähnliche Symptome, sehr selten Muskelschwäche in entfernten Arealen

Gegenanzeigen

- Schwangerschaft und Stillzeit
- Neuromuskuläre Erkrankungen (z. B. Myasthenia gravis)

- Akute Infektionen im Injektionsbereich
- Allergie gegen Bestandteile des Präparats

Vorsichtsmaßnahmen

- Keine Massage oder Druck im Behandlungsareal für 24 Stunden
- Keine Sauna, Solarium oder Sport am Behandlungstag
- bei Bedarf Kontrolluntersuchung nach ca. 10-14 Tagen

Wichtige Hinweise für Patienten

- Wirkung ist zeitlich begrenzt – Wiederholungsbehandlungen erforderlich
- Nebenwirkungen sind in der Regel vorübergehend
- Dauerhafte Schäden sind bei korrekter Anwendung äußerst selten
- Bei auffälligen Nebenwirkungen (stark hängendes Lid, Doppelbilder) sofort Rücksprache

Gesundheitsfragen (bitte ankreuzen)

Bestehen Vorerkrankungen (z. B. Herz, Lunge, Nerven, Muskeln)? ☐ Ja ☐ Nein

Bestehen Allergien (z. B. Medikamente, Nahrungsmittel, Insektengifte)? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel oder Vitamine ein? ☐ Ja ☐ Nein

Einverständniserklärung:

Ich habe die Aufklärung verstanden und bin mit der Behandlung einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Unterschrift Ärztin: _____