

Behandlungsvertrag Phlebolyser Skin Therapy System STS

Sehr geehrte Patientin!

Für die Optimierung des Untersuchungsablaufs in der Praxis bitten wir Sie, im Voraus die folgenden Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Bogen vorab per Mail an

info@kinderwunschpraxis-dresden.de senden.

Die Phlebolyse ist eine elektrotherapeutische Methode der physikalischen Therapie innerhalb der Medizin, bei der Wärme im Körpergewebe mit Hilfe von hochfrequentem elektrischem Strom erzeugt wird. Bei der Phlebolyse entsteht die Wärme unter der Hautoberfläche. Die erforderliche Energie wird elektromagnetisch bei sehr hoher Frequenz mittels Funkwellen übertragen. Das zu erwärmende Areal befindet sich sozusagen zwischen zwei Elektroden.

Die Behandlung mit dem Phlebolyser zeigt sofortige Ergebnisse. Die zu erstellenden Arbeiten werden mit dem Patienten durchgesprochen. Die behandelnden Areale reagieren mit Rötungen, kleinen Ödemen bis hin zu Verschorfungen. Diese sind gewollte Reaktionen und Voraussetzungen für den Erfolg. Je nach Hautbild kann eine Nachbehandlung erforderlich sein. Der Patient versichert, alle Anweisungen zu befolgen, soweit diese für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf erforderlich sind.

Folgende Fragen sind nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten.

Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Diabetes) bekannt? **ja** **nein**
Wenn ja, welche _____

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Herpes)? **ja** **nein**
Wenn ja, welche _____

Wurden Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. gegen Pflaster, Farbstoffen, Latex, Medikamente) festgestellt? **ja** **nein**
Wenn ja, welche _____

Kam es bei früheren Behandlungen zu verstärkten Blutungen oder Blutverlusten? Nehmen Sie gerinnungshemmende Präparate? **ja** **nein**
Wenn ja, welche _____

Tragen Sie eine Zahnspange aus Metall? **ja** **nein**

Sind Sie schwanger? **ja** **nein**

Haben Sie Hautkrankheiten oder andere Auffälligkeiten der Haut? **ja** **nein**

Sollten Sie HIV infiziert oder an Epilepsie erkrankt sein, einen Herzschrittmacher oder andere medizinischen elektrischen Geräte tragen, sind sie verpflichtet von der Behandlung Abstand zu nehmen.

Verhalten nach der Behandlung:

Keine übermäßige UV-Bestrahlung, keine sportliche Betätigung, kein langes Baden, keine Saunagänge, keine aktive Entfernung von Schorfkrusten

Es darf keine Kosmetik mit Parfümstoffen direkt nach der Behandlung verwendet werden.

Nebenwirkungen können sein:

Wahrnehmung eines prickelnden, z. T. pulsierenden Gefühls, Blutung, Schwellung, Rötung, Ödem, leichte Schmerzen.

Darf die Behandlung/Ergebnisse dokumentiert werden (vorher/nachher Bilder) und die Daten intern zur Qualitätssicherung verwendet werden

ja nein

Individuelle Aufklärung:

Die Behandlung wird durchgeführt:

Praxis Dr. Berit Thieme, Siegfried-Rädel-Straße 6, 01809 Heidenau

Ich möchte Sie bitten, sich bis spätestens 3 Werktage vor dem Untersuchungstermin in der Praxis Dr. Thieme zu melden, wenn Sie ihren Termin nicht wahrnehmen können, damit Ihr Termin weitervermittelt werden kann.

Bei einer kurzfristigeren Absage oder bei Nichterscheinen muss die Praxis eine Ausfallgebühr von 50 EURO geltend machen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefonnummer:

Ich willige in die Behandlung ein.

Ort, Datum: _____

Patientenunterschrift/

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____