

Aufklärungsbogen Stoßwellentherapie

Liebe Patientin, lieber Patient

Sie haben sich zu einer Stoßwellenbehandlung in unserer Praxis entschieden. Lesen Sie bitte folgende Informationen und beantworten Sie unten stehende Fragen vollständig. Vielen Dank.

Wirkungsweise

Stoßwellen sind energiereiche Schallwellen. Diese werden mit einem speziellen Gerät in das Gewebe eingebracht.

Es kommt zu einer Ausschüttung von heilungsfördernden Botenstoffen im Gewebe. Zudem wird die Durchblutung sowie die Neubildung von Blutgefäßen im behandelten Gebiet angeregt.

Behandlungsablauf

Die Durchführung gestaltet sich unkompliziert. Das zu behandelnde Areal wird entkleidet. Die Stoßwellen werden mittels eines Applikators direkt auf die betroffenen Stellen abgegeben. Zur Erleichterung der Übertragung wird Ultraschallgel oder Massageöl verwendet. Es werden je nach Behandlungsfortschritt drei bis fünf Behandlungen durchgeführt.

Im Behandlungszeitraum sollten größere Anstrengungen vermieden werden. Dies gilt insbesondere für Schmerzauslösende Belastungen.

Trinken Sie bitte nach der Behandlung sowie im Behandlungsverlauf viel Wasser.

Mögliche Nebenwirkungen

Als Nebenwirkung können Hautrötungen, Schwellungen oder kleine oberflächliche Einblutungen auftreten. Gelegentlich kann es zu einer vorübergehenden Verstärkung der Beschwerden kommen. Die genannten Nebenwirkungen treten nur selten auf und verschwinden in der Regel innerhalb weniger Tage von selbst.

Gegenanzeigen

Die Stoßwellentherapie sollte nicht angewandt werden

- Bei Blutgerinnungsstörungen, z.B. durch so genannte Blutverdünner, z.B. Marcumar®
- Bei Schwangeren im Nahbereich des Fötus
- Bei bösartigen Tumorerkrankungen
- Im Bereich großer Blutgefäße
- Innerhalb vier Wochen nach Kortisoninjektion im Therapiegebiet
- Im Bereich von Wachstumsfugen vor Wachstumsabschluss
- Im Bereich von Herzschrittmachern und dergleichen
- Thrombose im Behandlungsgebiet

Hiermit bestätige ich über die Wirkungsweise, die Nebenwirkungen und Gegenanzeigen der Stoßwellentherapie informiert worden zu sein.

Folgende Umstände sprechen bei mir eventuell gegen eine Behandlung

Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Name: _____
Bösartige Tumorerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Geb: _____
Schwangerschaft	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Kortisongabe in den letzten 4 Wochen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher im Behandlungsgebiet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Thrombose im Behandlungsgebiet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Unterschrift

Bessenbach, den _____
Datum