

Patientenaufklärungsbogen

Volumenaufbau sowie Ausgleich von Konturdefekten durch RADIESSE®

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und den Fragebogen ausfüllen!

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 Rauchen verstärkt. Nach und nach wandeln die Gesichtsformen, die Volumen verschieben sich, die Gesichtszüge fallen ein

Diese Problematik lässt sich mit unterschiedlichen Verfahren korrigieren:

- operative Verfahren wie z.B. Hautstraffung oder Laserbehandlung
- Behandlung mit z.B. temporären, d.h. abbaubaren Dermalfillern

Dem altersbedingten oder infolge von Krankheit bedingten Volumenverlust wird mit der Implantation von speziellen Füllmaterialien entgegen gearbeitet.

Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt rät Ihnen zur Unterspritzung mit RADIESSE®. Deshalb möchten wir Ihnen im Folgenden diese Methode mit ihren Eigenschaften näher bringen.

Unterspritzung mit RADIESSE®

Aufgrund natürlicher Alterungsprozesse verliert die Haut an Volumen und Festigkeit. Volumen verschiebt sich, die Wangen und die Gesichtszüge fallen ein. Die Hände zeigen auch Alterungserscheinungen: hier treten z.B. Venen und Knochen infolge des Volumenverlustes stärker hervor. Um diesem Alterungsprozess entgegen zu treten, bietet sich der Ausgleich des verloren gegangenen Gewebes durch Füllsubstanzen an. RADIESSE® besteht aus der natürlicherweise im Körper auch vorkommenden Substanz Calcium-Hydroxylapatit. Es wird in mehreren klinischen Indikationen bereits seit über 20 Jahren eingesetzt. Um sofort sichtbare kosmetische Effekte bei der Behandlung zu erzielen, wird diese Substanz in ein Trägergel eingearbeitet, das sich im Laufe weniger Wochen komplett abbaut. Bereits während dieser Zeit beginnt der Körper eigenes Kollagen zu produzieren und sorgt so für einen lang anhaltenden Volumeneffekt.

RADIESSE® wird durch den Arzt den anatomischen Bedürfnissen entsprechend modelliert und führt zu einem sofort sichtbaren Auffüllungseffekt. Aufgrund jahrelanger klinischer Erfahrung kann von einer kosmetischen Wirkung von ungefähr 12 Monaten ausgegangen werden. RADIESSE® wird im Laufe der Zeit biologisch abgebaut und vom Körper auf natürliche Weise ausgeschieden. Aufgrund seiner Herkunft muss vor der Anwendung von RADIESSE® kein Allergietest durchgeführt werden. Vor einer Behandlung sollten Sie mit Ihrem Arzt ein ausführliches Beratungsgespräch führen und sich ausreichend Zeit für die Entscheidung nehmen.

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen

Die möglichen Nebenwirkungen sind vergleichbar mit denen anderer abbaubarer Implantationsmaterialien. Neben injektionsbedingten kleinen Blutungen und Hämatomen können nach der Behandlung Schwellungen oder auch Taubheit auftreten, die aber in der Regel von selbst verschwinden. Es können auch Entzündungen, Infektionen, Fistelbildung, Ansammlung von Wundsekret, Verhärtungen und eine leichte Verfärbung in den behandelten Bereichen auftreten. Wenn Sie über eine schlechte Wundheilung verfügen, kann es auch hier zu einer verzögerten Heilung kommen. Wenn Sie Nebenwirkungen an der behandelten Stelle beobachten, die länger als eine Woche andauern, sollten Sie diese Ihrem Arzt mitteilen. Er kann ggf. eine entsprechende Therapie einleiten.

Wann Sie auf eine Behandlung mit RADIESSE® verzichten sollten

Grundsätzlich sollten Sie auf eine Behandlung verzichten, wenn Sie auf einen Bestandteil allergisch reagieren. Falls Sie zu Keloiden oder Granulomen neigen, sollten Sie, wie auch im Falle einer entzündeten oder infizierten Haut, von einer Behandlung absehen. RADIESSE® sollte nicht über Permanentimplantate gespritzt werden. Wenn Sie Mittel gegen die Blutgerinnung nehmen, informieren Sie bitte Ihren Arzt. Er kann entscheiden, ob eine Behandlung für Sie geeignet ist. Wenn Sie an einer systemischen Erkrankung (Autoimmunerkrankung, Diabetes, Rheuma oder Endokarditis) leiden, informieren Sie bitte Ihren Arzt darüber, damit Sie ggf. gemeinsam entscheiden, ob eine Behandlung für Sie sinnvoll ist.

Da keine Erfahrung bei Schwangeren, Stillenden oder Jugendlichen unter 18 Jahren vorliegen, muss dieser Personenkreis ebenfalls aus der Behandlung mit RADIESSE® ausgeschlossen werden. Wenn Sie eine Behandlung der Zornesfalte, der unmittelbaren Augenumgebung wie z.B. Krähenfüße oder der Tränenrinne, der Lippen inkl. des Lippenrandes wünschen oder eingesunkene Narben auffüllen lassen möchten, so wird Ihnen Ihr Arzt alternative Füllsubstanzen empfehlen, da RADIESSE® in diesen Indikationen nicht empfohlen ist.

Die Behandlung

Die Behandlung mit RADIESSE® dauert in der Regel 30 Minuten. RADIESSE® wird mit einer sehr feinen Nadel in den Volumendefekt gespritzt und füllt diese von unten auf. Bei den meisten Patienten ist ein sichtbarer Erfolg sofort feststellbar. Um die Behandlung für Sie angenehmer zu gestalten, wird in der Regel eine leichte lokale Betaübung des Behandlungsareals vorgenommen. In der Regel spüren Sie lediglich den Einstich. Während der Injektion kann es kurzzeitig zu sehr leichten Blutungen kommen, die aber mit Ende der Behandlung aufhören. Gelegentlich kann sich die Einstichstelle etwas verhärten oder verfärben. Beides verschwindet in der Regel nach kurzer Zeit wieder. Nachdem Ihr Arzt das Material implantiert hat, wird er es ausmassieren und Ihren anatomischen Bedürfnissen entsprechend formen.

Der Behandlungserfolg ist lang anhaltend, aber aufgrund der natürlichen Abbaumechanismen nicht permanent. Sie können so jederzeit neu entscheiden, ob Sie eine weitere Behandlung wünschen.

Worauf Sie zusätzlich achten sollten

Bitte informieren Sie Ihren Arzt über eventuelle Krankheiten, an den Sie leiden oder gelitten haben. Hierzu zählen insbesondere Herz-Kreislaufkrankungen, Gerinnungsstörungen, Autoimmunerkrankungen, Neigung zu Keloiden oder Narben oder Allergien. Wenn Sie Medikamente oder Vitamine einnehmen, kosmetische Maßnahmen oder eine evtl. vorausgegangene Behandlung mit anderen Implantationsmaterialien und evtl. Komplikationen hatten, so informieren Sie Ihren Arzt bitte hierüber.

Nach der Behandlung sollten Sie Ihrer Haut Ruhe gönnen und sich mindestens 1 Stunde nicht schminken. Schwellungen können Sie mit Kühlkompressen oder Eiskissen vorbeugen oder auch behandeln. Auf den Besuch einer Sauna oder eines Hammam sollten Sie 2 Wochen nach der Behandlung ebenfalls verzichten. Bitte vermeiden Sie ebenfalls längere Sonnen- und UV-Strahlung, Kälte, sowie Druck jeglicher Art auf die behandelten Areale auszuüben, damit sich das Material in das Gewebe einbetten kann. Sollten sich tastbare Knötchen bilden, so können Sie den betroffenen Bereich massieren und das Material so verteilen.

Anamnese-Fragebogen

- 1.** Nehmen Sie Medikamente (Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Aspirin, Marcumar), Beruhigungsmittel, Schlafmittel) ein? () Nein
() Ja
Wenn ja, welche: _____
- 2.** Liegt bei Ihnen eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler) vor? () Nein
() Ja
Wenn ja, welche: _____
- 3.** Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen? () Nein
() Ja
- 4.** Leiden Sie an einer Autoimmunkrankheit (z.B. chronischer Gelenk- oder Weichteilrheuma, Morbus Crohn etc.) (.....) Nein
(.....) Ja
- 5.** Sind Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt oder reagieren Sie überempfindlich auf Schmerzmittel, Betäubungsmittel, Nahrungsmittel (z.B. tierischer Herkunft), Medikamente, Pflaster, Latex? (.....) Nein
(.....) Ja
Wenn ja, welche: _____
- 6.** Leiden Sie häufig an Infektionen? (.....) Nein
(.....) Ja
- 7.** Neigen Sie zu überschießender Narbenbildung (Keloide)? (.....) Nein
(.....)Ja
- 8.** Sind Sie Raucher/in? (.....) Nein
(.....) Ja
- 9.** Setzen Sie sich regelmäßig natürlicher und/oder künstlicher Sonnenbestrahlung aus? (.....) Nein
(.....) Ja
Wenn ja wie oft? _____
1x in der Woche mehr als 1x in der Woche 1x im Monat
- 10.** Hatten Sie schon einmal Herpes (z.B. Lippenbläschen) an der Stelle, an der die Injektion durchgeführt werden soll? (.....) Nein
(.....) Ja
- 11.** Haben Sie schon einmal über einen längeren Zeitraum Cortison eingenommen? (.....) Nein
(.....) Ja
Wenn ja, warum: _____
- 12.** Bekamen Sie schon einmal eine Spritze zur örtlichen Betäubung? (.....) Nein
(.....) Ja
- 13.** Sind Sie schwanger oder planen Sie schwanger zu werden? (.....) Nein
(.....) Ja
- 14.** Wurden Sie bereits mit Füllmaterialien behandelt? (.....) Nein
(.....) Ja
Wenn ja, wann und mit welchem Material: _____
Gab es bei der Behandlung Komplikationen? (.....) Nein
(.....) Ja
Wenn ja, welche: _____
Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

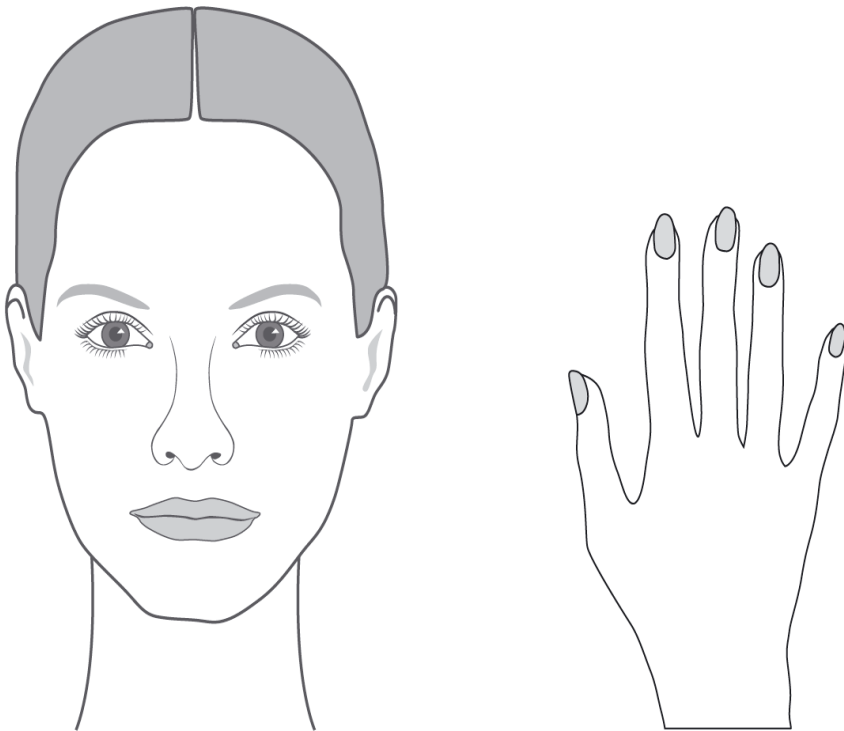
Patientenname (in Druckbuchstaben) Unterschrift des Patienten Unterschrift des Arztes

Einverständniserklärung

Ich habe den Patientenaufklärungsbogen gelesen und bin damit einverstanden, mich mit RADIESSE® behandeln zu lassen. Die Behandlung erfolgt ambulant. Mir wurden die Spritztechnik und die Indikation für RADIESSE® sowie Art, Inhalt und Erfolgsaussichten der o.g. Behandlung ausführlich in einem Aufklärungsgespräch erläutert. Über Gegenanzeigen und mögliche Nebenwirkungen wurde ich informiert. 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 auffüllenden Effekts je nach Hauttyp und Veranlagung unterschiedlich ist. Häufig wird ein Kontrolltermin nach einigen Monaten vereinbart. Eine Folgebehandlung empfiehlt sich in der Regel nach 12 -15 Monaten.

Ich wünsche einen Volumenaufbau und Ausgleich von Konturdefekten an folgenden Körperstellen (bitte einzeichnen):



Die Behandlung beginnt am: _____

Ich wünsche eine vorhergehende Schmerzbetäubung:

(.....) Nein
(.....) Ja

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

Patientenname (in Druckbuchstaben): _____

Unterschrift des Patienten: _____ Datum: _____