

NIUFACE

Einverständniserklärung für die Behandlung mit Botulinumtoxin / Hyaluronsäure

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten eine Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin, bzw. eine Behandlung mit Hyaluronsäure (Filler) durchführen lassen. Hierzu möchten wir Ihnen gerne einige wichtige Informationen geben.

BOTULINUMTOXIN

Allgemeine Informationen

Die Faltenbehandlung mit Botulinumtoxin wird bereits seit Jahrzehnten sicher durchgeführt und ist äusserst nebenwirkungsarm. Während der Behandlung kann es zu leichten Schmerzen oder einem Brennen kommen. Der Effekt tritt verzögert innert einiger Tage ein. Der Effekt hält in der Regel 3 - 4 Monate, unterliegt jedoch individuellen Schwankungen.

Wann darf eine Behandlung nicht durchgeführt werden?

- bei Überempfindlichkeit gegen das Arzneimittel oder deren Bestandteile
- Störung der Muskelaktivität / Muskelerkrankungen
- bei Infektionen an den vorgesehenen Injektionsstellen (z.B. aktive Herpes Infektion)
- **Schwangere Frauen und stillende Mütter** dürfen aus Vorsicht nicht mit Botulinumtoxin behandelt werden, wenn allerdings während der Dauer des Botulinumtoxin-Effekts eine Schwangerschaft eintritt, so ist das unbedenklich.

Welche möglichen unerwünschten Wirkungen gibt es?

Die Injektion von Botulinumtoxin ist im Allgemeinen sehr gut verträglich. Ebenso wie die erwünschten Wirkungen sind auch die unerwünschten Wirkungen vollständig reversibel. Diese können sein:

- Lokale Schmerzen an der Einstichstelle, Juckreiz, Hautausschlag
- Blutergüsse / blaue Flecken
- Schwellung und Rötung des Gewebes
- Infektionen
- Müdigkeit / Kopfschmerzen / grippeartiges Krankheitsgefühl
- Unvollständige Wirkung
- Asymmetrien
- Unerwünschte Erschlaffung benachbarter Muskeln (vorübergehendes Hängen des Oberlides oder der Braue, asymmetrische Bewegung, Doppelbilder bei Störung der Augenbeweglichkeit, verändertes Lachen, Einschränkung der Beweglichkeit der Lippen und des Mundschlusses sowie Störungen beim Trinken)
- Allergische Reaktionen
- Mundtrockenheit, Augentrockenheit
- Übermässige Schwächung der Zielmuskulatur

HYALURONSÄURE

Allgemeine Informationen

Volumenverluste lassen sich gut mit Hyaluronsäure behandeln. Diese wird über die Zeit auf natürliche Weise vom Körper abgebaut. Das Ergebnis der Behandlung kann 6 bis 12 Monate anhalten, ist jedoch individuell unterschiedlich und hängt von verschiedenen Faktoren ab (Körperpartie, Hauteigenschaften etc.). Von Zeit zu Zeit braucht es eine Auffrischbehandlung, um das Resultat zu erhalten. Während der Behandlung kann es zu leichten Schmerzen sowie Brennen kommen.

Wann darf eine Behandlung nicht durchgeführt werden?

- an gereizten oder infizierten Stellen oder bei akuten oder chronischen Wunden (z.B. aktive Herpes Infektion)
- an Stellen, in die ein permanentes Implantat (z. B. aus Silikonöl, Acrylat etc.) oder Hyaluronsäure mit unbefriedigendem Resultat bereits injiziert worden ist
- bei Vorliegen einer Allergie gegen Hyaluronsäure oder deren Bestandteile
- bei Patienten mit einer Autoimmunerkrankung / Porphyrie / akuter rheumatoider Arthritis / bakterieller Endokarditis
- bei Neigung zu vermehrter Narbenbildung
- vor oder nach einer Laserbehandlung oder chemischem Peeling
- **Schwangere Frauen und stillende Mütter** sollten aus Vorsicht nicht mit Hyaluronsäure Fillern behandelt werden. Wenn während der Dauer des Filler Effekts eine Schwangerschaft eintritt, ist das unbedenklich.

Welche möglichen unerwünschten Wirkungen gibt es?

Die Injektion von Hyaluronsäure ist im Allgemeinen sehr gut verträglich. Unerwünschte Wirkungen können aber auftreten, diese können sein:

- Entzündliche Reaktionen (Rötung, Schwellung, Schmerzen, Juckreiz, Knotenbildung)
- Stärkere Schwellungen, Lymphödem
- Blutergüsse und Empfindlichkeit an der Behandlungsstelle, Hautatrophien sowie sichtbare, erweiterte Kapillargefässe der Haut
- Lokale Infektionen
- Selten: Verhärtungen, Knötchen, Abszess-Bildung, gräuliche Verfärbung oder Entfärbung im Bereich der Behandlungsstelle
- Verletzung von Nerven oder Blutgefässe durch die Injektion
- Granulome (chronische Entzündung)
- Sehr selten: Verschluss von Blutgefässen mit Hautnekrosen oder Erblindung

NIUFACE

Einverständniserklärung für die Behandlung mit Botulinumtoxin / Hyaluronsäure

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden habe. Ich konnte alle Fragen stellen, sie wurden verständlich und vollständig beantwortet. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten. Die Fragen zu meiner Krankenvorgeschichte habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Die Aufklärung erfolgte insbesondere über Wirkung und Nebenwirkungen, Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden. Mit der Dokumentation, Anfertigung von Fotos und Auswertung der Behandlungsergebnisse für die Patientenakte, die beim Arzt verbleibt, bin ich einverstanden.

Ich benötige keine zusätzliche Zeit, mir den Eingriff zu überlegen und bin damit einverstanden, die Behandlung zu den oben genannten Bedingungen heute durchführen zu lassen. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Behandlung nicht medizinisch indiziert ist und alleine aus kosmetischen Gründen erfolgt. Mir ist bewusst, dass keine Garantie vom Arzt übernommen werden kann das angestrebte Ergebnis mittels ärztlicher Bemühungen zu erreichen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass weder die gesetzliche noch die private Krankenversicherung die Kosten der Behandlung erstatten, diese also von mir selbst zu tragen sind.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die heutige Aufklärung auch für zukünftige Behandlungen mittels Botulinum Toxin und/oder Filler gültig ist.

Datenschutzbestimmungen

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. Insbesondere bin ich mit der Weitergabe meiner Personen-bezogenen Daten an unsere Partner einverstanden.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens NIUFACE ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift
Ärztin/Arzt

Unterschrift
Patientin/Patient