**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Name:

Geburtsdatum:

Behandlung:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihrer Erkrankung wurde Ihnen von mir, …, die Durchführung einer PRP – platelet rich plasma - Therapie vorgeschlagen. Es handelt sich hiermit um eine minimal-invasive Behandlung, die auf Wunsch unter Lokalanästhesie durchgeführt wird. Der Eingriff ist bei Ihnen möglich, da die bisherige konservative Therapie zu keinem guten Ergebnis geführt hat.

Die PRP Therapie ist eine sichere und schnelle Behandlungsmethode.

Im ersten Behandlungsschritt wird Ihnen dazu mit einer Spritze Blut aus der Armvene entnommen. Durch ein spezielles Aufbereitungsverfahren wird dann der Teil des Blutes gewonnen, der verschiedene körpereigene wachstumsfördernde, und regenerative Eiweiße (sog. Endogene Wachstums- und Differenzierungs-faktoren) in konzentrierter Form enthält. Die so gewonnene körpereigene Eiweißlösung wird daraufhin an die erkrankte Stelle bzw. in das erkrankte Gelenk eingespritzt. Gelegentlich tritt ein Druckgefühl im Gelenk auf, das bis zu einem Tag anhalten kann. Sehr selten kann es, wie bei allen Gelenkpunktionen, als Reaktion zu einer Infektion des Gelenkes kommen. Hinweise darauf sind starke, zunehmende Schmerzen und Schwellungen mit Überwärmung im Gelenk. Sollten solche Symptome auftreten, sollten Sie uns sofort telefonisch benachrichtigen oder eine Krankenhausambulanz aufsuchen, um Ihr Gelenk untersuchen zu lassen.

Der gesamte Eingriff dauert in der Regel 10 - 15 Minuten. Der Eingriff wird ambulant durchgeführt und Sie können in der Regel unmittelbar danach nach Hause entlassen werden.

Je nach Erkrankung, können wiederholte Injektionen erforderlich sein.

Diese Behandlung wird weltweit routinemäßig durchgeführt und hat bei sehr niedrigem Risiko einen hohen therapeutischen Wert.

Aufgrund juristischer Vorgaben muss ich Sie über mögliche, jedoch seltene Komplikationen aufklären.

Hierzu zählen insbesondere, wenn auch sehr selten auftretend:

* Entzündungen an der Einstichstelle und im Verlauf des Stichkanals trotz steriler Vorgehensweise
* Gelenksentzündungen
* Gelenkserguss
* Eingeschränkte Beweglichkeit des Gelenks
* Bluterguss unter der Haut
* fehlender klinischer Erfolg

Handschriftlicher Vermerk:

**Behandlungsauftrag für folgenden geplanten Eingriff:**

Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hat heute mit mir, anhand des Aufklärungsprotokolls, das abschließende Aufklärungsgespräch durchgeführt. Ich wurde in mir verständlicher Sprache über die Therapie, deren Risiken und die sich nach der Therapie ergebenden Konsequenzen informiert, ebenso konnte ich meine mich interessierenden Fragen stellen. Ich bin mit dem geplanten Eingriff einverstanden.

Datum: Gesprächsdauer:

Unterschrift Patient/in:

Unterschrift:

**Patientenfragebogen**

Ihre körperliche Verfassung, sowie etwaig bestehende Krankheiten oder Unverträglichkeiten beeinflussen maßgeblich das Risiko ärztlicher Eingriffe. Um etwaig erhöhtes Risiko bereits vor der Behandlung erkennen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Leiden Sie an **Störungen der Blutgerinnung**? Ja Nein

(wurden Ihnen blutgerinnungshemmende Medikament  
verschrieben? Sind Sie Bluter? Wurden Embolien, Thrombosen  
beobachtet?)

1. Leiden Sie an **Kreislaufstörungen**? Ja Nein

(niedriger/hoher Blutdruck, Schwindel,   
Durchblutungsstörungen)

1. Leiden Sie akut an einer **Infektion** bzw. ist Ja Nein  
   eine Infektion erst kürzlich abgeklungen
2. Hatten Sie kürzlich eine **schwere Krankheit**, oder Ja Nein  
   litten Sie kürzlich unter **Fieber**?
3. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Ja Nein
4. Haben Sie in den vergangenen 48 Stunden kontinuierlich Ja Nein  
   **Antireumatikum** angewandt?
5. Wurde Ihnen innerhalb der vergangen 30 Tage **Kortison** Ja Nein

Injiziert?

1. Leiden Sie an **Allergien** oder **Unverträglichkeiten**? Ja Nein  
   (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Verödungsmittel)
2. Leiden Sie an **Erkrankungen der Nieren, der Leber**? Ja Nein
3. Leiden Sie an einer **Erkrankung des Herzens**? Ja Nein
4. Ist Ihr **Thrombozytengehalt** im Blut < 105/ul? Ja Nein
5. Leiden Sie an **Migräne**? Ja Nein
6. Frauen im gebärfähigem Alter:

Besteht die Möglichkeit einer **aktuellen** **Schwangerschaft**? Ja Nein

1. Sind Sie starke(r) **RaucherIn**? Ja Nein