**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Name:

Geburtsdatum:

Behandlung:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Als Zusatztherapie zur Wundbehandlung wurde von mir, *Dr. Muster*, die Durchführung einer PRP – platelet rich plasma - Therapie vorgeschlagen.

Die Therapie ist eine sichere und in der Regel sehr effektive, minimal invasive Behandlungsmethode, die auf körpereigenen Wirkstoffen basiert. Im ersten Behandlungsschritt wird Ihnen dazu mit Blut aus der Armvene entnommen. Durch ein spezielles Aufbereitungsverfahren wird der Teil des Blutes gewonnen, der verschiedene körpereigene zellwachstumsfördernde Eiweiße (sog. Wachstumsfaktoren) in konzentrierter Form enthält. Die so gewonnene körpereigene Eiweißlösung wird daraufhin auf die zu behandelnden Areale entweder durch Auftropfen aufgebracht, mittels hauchdünner Nadeln im Wundrand eingespritzt bzw. gegenbenfalls in Form eines PRP Gels auf die Wunde aufgebracht. Da diese Therapie auf körpereigenen Wirkstoffen basiert ist sie in der Regel sehr gut verträglich. Sehr selten kann es zu einem leichten Kribbeln oder leichten Juckreiz kommen, diese Symptome klingen aber in der Regel sehr rasch wieder ab. Allergische Reaktionen sind sehr unwahrscheinlich können aber nie ganz ausgeschlossen werden. Sollten sich Merkmale allergischer Reaktionen zeigen – Anhaltende Schwellungen, anhaltende Rötungen oder Juckreiz - sollten Sie uns sofort telefonisch benachrichtigen oder eine Krankenhausambulanz aufsuchen, um die Ursachen für diese Symptome abklären zu lassen.

Je nach Aufgabenstellung beträgt die Behandlungsdauer ca. 30 - 45 Minuten. Je nach Wundzustand können wiederholte Behandlungen im Abstand von 2 - 3 Wochen erforderlich sein. Der Eingriff wird ambulant durchgeführt und Sie können in der Regel unmittelbar danach nach Hause entlassen werden. Es wird empfohlen am Tag der Behandlung ausreichend Flüssigkeit (keine alkoholischen Getränke), idealer Weise mindestens einen Liter, zu sich zu nehmen.

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:

* Leichtes Kribbeln, leichter Juckreiz oder Hautrötung
* Allergische Reaktion auf den Blutgerinnungshemmer und den Aktivator

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. Leiden Sie an **Allergien** oder **Unverträglichkeiten**? Ja Nein  
   (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Verödungsmittel)
5. Liegt eine schwere Durchblutungsstörung vor? Ja Nein
6. Frauen im gebärfähigem Alter:

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

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