

## AUFKLÄRUNGSBOGEN und EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für eine Stosswellentherapie

### PATIENTENDATEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strass: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AUFKLÄRUNG

Sehr geehrte(r) Patient(in)

Zur Behandlung Ihrer Erkrankung wurde Ihnen von Ihrem Arzt eine Stosswellentherapie (ESWT) vorgeschlagen. Bei dieser Behandlungsmethode kann durch gebündelte energiereiche Schallwellen auf Körpergewebe eingewirkt werden, ohne eine Operationswunde zu verursachen. Das Verfahren kommt ursprünglich aus der Urologie, wo es seit Jahrzehnten erfolgreich zur Auflösung von Nieren- und Gallensteinen angewendet wird. In der Orthopädie wird dieses Verfahren aufgrund hoher Heilungschancen und, des im Vergleich zur offenen Operation geringeren Risikos, zunehmend und erfolgreich eingesetzt.

Die ESWT-Therapie ist ein schonendes Verfahren zur Behandlung von Schultergelenkerkrankungen, Fersenspornen, Tennis- und Golfer-Ellbogen, Pseudoarthrosen (nicht ausheilende Knochenbrüche), chronische Sehnenenerkrankungen und muskulären Beschwerden wie z.B. die Behandlung von Triggerpunkten.

Während der Behandlung wird der Stosswellenkopf auf die Haut aufgesetzt und exakt auf der zu behandelnden Stelle in kreisenden Bewegungen geführt. Der Körper reagiert auf die Stosswellen mit einer erhöhten Durchblutung (Rötung) und Stoffwechselfähigkeit. Dadurch werden Heilungsprozesse ausgelöst bzw. beschleunigt.

Die Behandlung erfolgt in der Regel ohne örtliche Betäubung (Ausnahme Pseudoarthrose). Sie wird von den meisten Patienten zwar als unangenehm aber gut erträglich empfunden. Die Behandlungsdauer mit der Stosswelle beträgt in der Regel ca. 10 Minuten und wird im wöchentlichen Abstand mindestens drei Mal wiederholt.

Als Nebenwirkungen können eine leichte Rötung der Haut sowie gelegentlich kleinere Blutergüsse auftreten. Am Tag der Behandlung kann es vorübergehend zu einer Verstärkung der Beschwerden kommen, die jedoch am folgenden Tag rasch verschwinden. Diese Schmerzreize sind auf die im Abschnitt 3 beschriebene Behandlungs-Technologie zurückzuführen, welche für den Heilungserfolg von grösster Wichtigkeit ist.

**FRAGEBOGEN**

Um das Risiko von Nebenwirkungen für Sie möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, uns die folgenden Fragen zu beantworten.

Wichtige Abklärungen	Bitte ankreuzen ☒
<b>Sind Sie Bluter?</b>	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
<b>Nehmen Sie regelmässig blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar) ein?</b>	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span> nämlich _____ _____
<b>Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja welche?</b>	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span> gegen _____ _____
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span> Anmerkung _____ _____
<b>Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder andere medizinische Geräte?</b>	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
<b>Zuvor durchgeführte Therapien: z.B. mit Cortison? 4-6 Wochen Wartezeit!</b>	_____ _____ _____
<b>Anmerkung</b>	_____ _____ _____

Ihr Arzt/Physiotherapeut hat Sie heute über die Stosswellenbehandlung aufgeklärt. Sollten Sie noch irgendwelche Fragen in diesem Zusammenhang haben, scheuen Sie sich bitte nicht, diese zu stellen.

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Mit dem o.g. Patienten wurde ein ausführliches Gespräch über die Stosswellentherapie geführt; über die Vorteile und Risiken dieses Verfahrens wurde gesprochen. Weiterhin ist dem Patienten bekannt, dass – wie bei jeder ärztlichen- oder physiotherapeutischen Behandlung – auch höchst unwahrscheinliche Risiken auftreten können, wie z.B. die Unverträglichkeiten des Betäubungsmittels, die Infektionsgefahr bei Injektionen usw. Der Patient erklärt ausdrücklich, dass er diese medizinische Behandlungsmethode wünscht.

Die Stosswellentherapie stellt eine über das Mass einer medizinisch notwendigen ärztlichen Vorsorge hinausgehende Leistung dar. Dem Arzt / Physiotherapeuten ist nicht bekannt, ob und in welcher Höhe sich die Erstattungsstellen an der vereinbarten Leistung beteiligen. Eine Erstattung der Vergütung durch Krankenkassen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Über folgende Punkte möchte der Patient noch näher aufgeklärt werden:

---

---

Die Zustimmung zur Durchführung der Stosswellentherapie wurde erteilt. Sollten während der Behandlung Komplikationen auftreten, die einen weiteren ärztlichen Eingriff dringend erforderlich machen, so wird auch dieser von der Zustimmung umfasst.

Ich möchte nach erfolgter Aufklärung, auf mein Verlangen, privatärztlich/physiotherapeutisch mit der Stosswelle behandelt werden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es sich nicht um eine kassenübliche Behandlung handelt und die Kostenrückerstattung durch meine gesetzliche Krankenversicherung/Krankenkasse nicht gewährleistet ist. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine Privatrechnung erhalte, welche ich selbst bezahlen und zur Abrechnung und evtl. Rückerstattung an die Krankenkasse einreichen muss.

Datum

Unterschrift des Patienten  
bzw. Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Arztes/Physiotherapeuten