

Patientenaufklärungsbogen für die Gewebeunterspritzung mit Hyaluronsäure

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

lesen Sie bitte dieses Aufklärungsblatt gründlich durch und füllen Sie bitte anschließend den Fragebogen aus.

Mit fortschreitendem Alterungsprozess verliert die Haut ihr frisches, jugendliches Aussehen. Auch Elastizität und Spannkraft lassen spürbar nach. In der Folge entstehen feine Fältchen und tiefe Falten, die Gesichtszüge können müde und schlaff wirken. Eine beliebte und häufig eingesetzte Behandlungsmöglichkeit in der ästhetischen Medizin ist das Faltenunterspritzen mit Hyaluronsäure. Hyaluronsäure ist ein körpereigener Stoff, der seit über 20 Jahren millionenfach und weltweit in der Faltenunterspritzung eingesetzt wird. Hyaluron ist sehr gut verträglich und kann ein Vielfaches seines eigenen Volumens an Wasser binden. Es versorgt die Haut mit Feuchtigkeit und polstert Falten sanft von innen her auf, pflegt und wirkt der stetigen Dehydratation entgegen. Mit der Zeit wird es vollständig vom Körper abgebaut. Unsere natürliche Hyaluronsäure ist nicht tierischer Herkunft und zur Faltenkorrektur und zur Volumenvergrößerung Ihrer Haut geeignet und revitalisiert durch intensive Hydratation die Haut von innen. Insbesondere im Gesicht (Augen, Wangen, Mundpartie, Lippen und Kinn), aber auch auf dem Dekolleté und an weiteren Körperstellen.

Apriline® Filler

Apriline® Filler gleicht den altersbedingten Abbau von Hyaluronsäure in der Haut sowie verloren gegangenes Volumen aus und revitalisiert die Haut. Oberflächliche Linien und Fältchen werden geglättet und tiefe Falten aufgepolstert. **Apriline® Filler** verbessert die Hautstruktur, schützt, pflegt und regeneriert die Haut, sorgt für ein strahlendes und natürliches Aussehen. **Apriline® Filler** ist ein weiches, homogenes und farbloses Gel. Die Wirkstoffkombination der **Apriline® Filler** entspricht dem neuesten Forschungsstand. So werden höchste Reinheit, Verträglichkeit und Allergenfreiheit erreicht. **Apriline® Filler** hat eine langanhaltende aber keine permanente Wirkung. Die Füllsubstanzen werden vom Körper abgebaut. Bitte beachten Sie, dass eine durchschnittliche Wirkdauer nur geschätzt werden kann. Sie unterliegt einigen Faktoren wie: Bereich und Zustand des injizierten Bereiches, der Füllersorte- und Menge, den Lebensgewohnheiten - wie Rauchen, Solarium, Sauna und Extremsport. Erfahrungsgemäß liegt somit die sichtbare Wirkdauer zwischen sechs und 15 Monaten.

Nach einer kurzen Desinfektion des Areals wird **Apriline® Filler** mithilfe feinsten, speziell für die ästhetische Behandlung angefertigten Nadeln in die zu behandelnde Region injiziert. Zur Vermeidung von Schmerzen wird manchmal eine lokale Betäubungscreme verwendet.

Kontraindikationen

- Patienten unter 18 Jahren
- Schwangerschaft und Stillzeit
- Hypersensibilität gegen Hyaluronsäure
- Neigen zu hypertropher Narbenbildung
- Sichtbar infizierte oder entzündete Bereiche der Haut (Akne, Herpes; Rosacea, Schuppenflechte, Gürtelrose)
- Vorbehandlung mit permanenten Materialien, wie Silicon und Dauerfäden
- Patienten, die mit Antikoagulanzen oder Thrombozytenaggregationshemmern (z.B. ASS, Marcumar, Heparin) behandelt werden
- Patienten mit Autoimmunerkrankheiten in der Anamnese, die eine Immuntherapie erhalten

Risiken und mögliche Komplikationen

Apriline® Filler sind CE zertifiziert. **Apriline® Filler** sind frei von tierischen Eiweißen, allergenfrei und werden sehr gut vertragen. Jedoch ist in Einzelfällen nicht auszuschließen, dass es zu kurzzeitigen Schmerzen, Hämatomen und Schwellungen kommen kann. Das Bindegewebe kann in seltenen Fällen auf das neu eingebrachte Volumen mit dem natürlichen Hautbestandteil Hyaluron reagieren. Diese Reaktion ist nur kurzzeitig und verliert sich rasch innerhalb von Minuten bis zu mehreren Tagen. Es kommt natürlich auf verschiedene Einflussfaktoren an: Nervosität des Patienten, Schmerzempfindlichkeit, Injektionstechniken und Menge des Materials. Ihr Arzt kümmert sich sofort um eine fachgerechte Versorgung für Sie.

Empfohlene Verhaltensregeln vor und nach der Filler-Injektion

Vor der Behandlung keine Einnahme von Aspirin und anderen Gerinnungshemmern, sowie hochdosiertem Vitamin C. Nach der Behandlung bis zu zwei Wochen Saunabesuche, intensiven Sport, Flugreisen und eine UV-Bestrahlung durch (Sonne, Solarium).

Fragebogen / Anamnese

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen sorgfältig und vollständig, damit etwaigen Risiken vorgebeugt werden kann.

1. Nehmen Sie Medikamente: Ja Nein
gerinnungshemmende Präparate z.B. Marcumar, Aspirin, Plavix o.ä.,
Schmerzmittel, Beruhigungs- oder Schlafmittel?

Falls ja, welche: _____

2. Leiden Sie unter Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems Ja Nein
(z.B. hoher Blutdruck, Angina Pectoris, Herzinfarkt)?

Falls ja, bitte Art der Erkrankung angeben: _____

3. Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Ja Nein
Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen?

Falls ja, welche? _____

4. Sind Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeit Ja Nein
von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten,
Pflaster, Latex bekannt?

Falls ja, welche _____

5. Leiden Sie unter einer Erbkrankheit, einer Autoimmunerkrankung Ja Nein
oder einer chronischen Erkrankung? _____

6. Haben oder hatten Sie Gelbsucht oder eine Leberentzündung? Ja Nein

7. Sind Sie Diabetiker? Ja Nein

8. Leiden Sie häufig(er) unter Infektionen? Ja Nein

9. Neigen Sie zu verstärkter Narbenbildung? Ja Nein

10. Falls Sie schon einmal eine Spritze zur örtlichen Betäubung Ja Nein
(z.B. beim Zahnarzt) bekommen haben:
traten dabei Komplikationen oder Auffälligkeiten auf?

11. Rauchen Sie? Ja Nein

12. Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft oder Stillzeit vor? Ja Nein

13. Wurden Sie in der Vergangenheit bereits mit Fillern oder anderen Ja Nein
Implantatstoffen behandelt?

Falls ja, wann und womit: _____

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Patientenname: _____ Geb.-Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____ Datum: _____

**Einverständnisformular
für die Gewebeunterspritzung mit Hyaluronsäure**

Apriline® Filler Produktlinie

Dieses Dokument ist für die folgende Person bestimmt:

Frau/Herr

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnr.: _____

Mir wurde die Anwendung, Kontraindikationen und mögliche unerwünschte Wirkungen der Hyaluronsäure-Injektionen der Apriline®-Produktlinie erläutert. Mir wurde mitgeteilt, dass die verwendeten Produkte intradermal injiziert werden.

Alle meine Fragen sind von meinem Arzt / HP vollständig und verständlich beantwortet worden.

Der Arzt / HP _____ gab mir alle Informationen über die erwarteten Ergebnisse und erläuterte alle Ausschlusskriterien, wie z.B.: Tendenz zur Entstehung hypertropher Narben, Vorgeschichte einer Autoimmunerkrankung oder Immuntherapie, sowie Überempfindlichkeit gegen Hyaluronsäure, Schwangerschaft oder Stillen. **Apriline® Filler** sollte nicht in Bereichen mit entzündlichen oder infektiösen Hautprozessen (Akne, Herpes, etc.) angewendet werden. **Apriline® Filler** sollte nicht in Kombination mit Laserbehandlungen, chemischen Peelings oder Dermabrasionen verwendet werden.

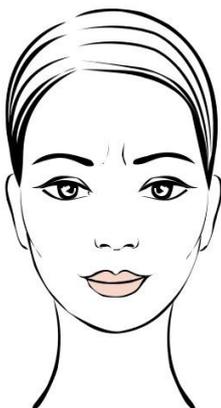
Mir wurde mitgeteilt, dass nach der Injektion des **Apriline® Filler** Nebenwirkungen möglich sind, wenn auch selten: Entzündungsreaktionen (Rötung, Ödem, Erythem, etc.) können mit Juckreiz und Schmerzen nach der Injektion assoziiert werden und dauern ca. eine Woche; Induration; Färbung des injizierten Bereichs; in seltenen Fällen Nekrose im Glabellarbereich, Überempfindlichkeit und Abszesse wurden in der Literatur nach der Injektion von Hyaluronsäure beschrieben.

Patienten sollten ihren Arzt / HP so bald wie möglich über jede Entzündungsreaktion informieren, die länger als eine Woche andauert, oder über jede andere beobachtete Nebenwirkung.

Ich habe offen auf alle Fragen geantwortet, die mir zu meiner Krankengeschichte gestellt wurden, wie z.B.: Krankheit, Allergien gegen Medikamente, Lokalanästhetika, Lebensmittel oder Kosmetika, alle bisherigen ästhetischen Behandlungen.

Ich habe die Empfehlungen nach der Injektion gelesen und verstanden und verpflichte mich, sie einzuhalten. Ich habe diese Informationen gelesen und alle Fragen beantwortet bekommen, sowie eine Kopie für mich erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Arzt vor und nach der Behandlung Bilder von meiner Behandlung verwendet.



APRILINE Seriennummer _____

Datum der Behandlung _____

Name des Patienten _____

Unterschrift des Patienten _____

Name des Arztes / HP _____

Unterschrift des Arztes / HP _____

Ort _____ Datum _____ 20 _____