

Aufklärungsbogen Stoßwellentherapie

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich zu einer Stoßwellenbehandlung in unserer Praxis entschieden. Lesen Sie bitte folgende Informationen und beantworten Sie untenstehende Fragen vollständig.
Vielen Dank.

Wirkungsweise

Stoßwellen sind energiereiche Schallwellen. Diese werden mit einem speziellen Gerät in das Gewebe eingebracht.

Es kommt zu einer Ausschüttung von heilungsfördernden Botenstoffen im Gewebe. Zudem wird die Durchblutung sowie die Neubildung von Blutgefäßen im behandelten Gebiet angeregt.

Behandlungsablauf

Die Durchführung gestaltet sich unkompliziert. Das zu behandelnde Areal wird entkleidet. Die Stoßwellen werden mittels eines Applikators direkt auf die betroffenen Stellen abgegeben. Zur Erleichterung der Übertragung wird Ultraschallgel oder Massageöl verwendet. Es werden je nach Behandlungsfortschritt drei bis fünf Behandlungen durchgeführt.

Im Behandlungszeitraum sollten größere Anstrengungen vermieden werden. Dies gilt insbesondere für schmerzauslösende Belastungen.

Trinken Sie bitte nach der Behandlung sowie im Behandlungsverlauf viel Wasser.

Mögliche Nebenwirkungen

Als Nebenwirkung können Hautrötungen, Schwellungen oder kleine oberflächliche Einblutungen auftreten. Gelegentlich kann es zu einer vorübergehenden Verstärkung der Beschwerden kommen. Die genannten Nebenwirkungen treten nur selten auf und verschwinden in der Regel innerhalb weniger Tage von selbst.

Gegenanzeigen

Die Stoßwellentherapie sollte nicht angewandt werden

- Bei Blutgerinnungsstörungen, z.B. durch so genannte Blutverdünner, z.B. Marcumar®
- Bei Schwangeren im Nahbereich des Fötus
- Bei bösartigen Tumorerkrankungen
- Im Bereich großer Blutgefäße
- Innerhalb 6 Wochen nach Kortisoninjektion im Therapiegebiet
- Im Bereich von Wachstumsfugen vor Wachstumsabschluss
- Im Bereich von Herzschrittmachern und dergleichen
- Bei Thrombose im Behandlungsgebiet

Hiermit bestätige ich über die Wirkungsweise, die Nebenwirkungen und Gegenanzeigen der Stoßwellentherapie informiert worden zu sein.

Name: _____ geb.: _____

Folgende Umstände sprechen bei mir eventuell gegen eine Behandlung:

Blutgerinnungsstörungen	Ja ☐	Nein ☐
Bösartige Tumorerkrankungen	Ja ☐	Nein ☐
Schwangerschaft	Ja ☐	Nein ☐
Kortisoninjektion in den letzten 6 Wochen	Ja ☐	Nein ☐
Herzschrittmacher im Behandlungsgebiet	Ja ☐	Nein ☐
Thrombose im Behandlungsgebiet	Ja ☐	Nein ☐

Unterschrift

den _____
Datum