

Christina Hormann Heilpraktikerin Ritterstr.12 13597 Berlin Tel. 030-34350174

# Blutegeltherapie

# Patienteninformation und Einverständniserklärung

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine Blutegelbehandlung geplant. Bei dieser können gelegentlich Nebenwirkungen auftreten. Sie sind in der Regel harmlos und vorübergehend.

Folgende Nebenwirkungen können auftreten:

## Häufig:

- Leichter Schmerz währen der Behandlung
- Blutung (verlängerte Nachblutung)
- Juckende Hautrötungen um die Bissstellen (allergieähnlich)

#### **Selten:**

- Infektion (Hautinfektion)
- Vorübergehende Lymphknotenschwellungen
- Pigmentstörungen, Vernarbung an der Bissstelle
- Vereinzelt vorübergehende Anschwellung des behandelten Körperteils, Arm oder Bein

Falls Nebenwirkungen auftreten sollten, werden ggf. Gegenmaßnahmen erforderlich (z.B. bei Blutungen: Kompressionsverband, bei Infektion: Antibiotikum, Bei Allergien: Antiallergika) Falls Nebenwirkungen auftreten sollten, bitte ich um Rückmeldung (Tel. 030-34350174) und gegebenenfalls Wiedervorstellung in der Praxis.

#### Kontraindikationen:

Blutegelbehandlungen dürfen nicht durchgeführt werden bei

- Blutgerinnungsstörungen durch Medikamente (z.B. Marcumar, Warfarin u.ä.)
- Blutern (Hämophilie), hämatologische Erkrankungen
- akuten Magengeschwüren und erosiver Gastritis
- Blutarmut

- Immunschwäche (Aids, Chemotherapie...)
- schweren chronischen Erkrankungen (fortgeschrittene Krebserkrankungen, Dialyse u.a.)
- bekannten, ausgeprägten Wundheilungsstörungen (z.B. bei schlecht eingestelltem Diabetes mellitus, erheblichem Übergewicht, Cortison-Dauertherapie)
- bekannten Allergien gegen Blutegel-Inhaltsstoffen
- Neigung zu Keloid Bildung, überschießender Narbenbildung

## **Nachbehandlung**

Am Folgetag ist eine Vorstellung zum Verbandswechsel aus therapeutischer Sicht zu empfehlen.

Nach 3 bis 7 Tagen oder vorherigen Komplikationen ist eine Wiedervorstellung erforderlich.

### Einverständniserklärung

Ich bin mit der bei mir geplanten Blutegel-Behandlung und Nachbehandlung einverstanden. Über die möglichen Nebenwirkungen bin ich von Frau Hormann aufgeklärt worden. Bei mir sind keine der o.g. Kontraindikationen bekannt.

Ort, Datum

**Unterschrift Patient** 

Ort, Datum

Unterschrift Heilpraktikerin