

JosefCarrée GmbH

Praxis für ästhetisch-
operative Medizin und
kosmetische Dermatologie

Leitender Arzt: Dr. med. K. Hoffmann

Gudrunstr. 56, 44791 Bochum

Telefon: 0234 / 509 - 3460 / 3463

Telefax: 0234 / 509 - 3461

Email: klaus.hoffmann@klinikum-bochum.de

Herr Max Mustermann

geb. am 01.01.1901

Aufklärung und Einverständniserklärung - CoolSculpting® -

Sehr geehrter Herr Mustermann,

CoolSculpting® ist ein medizinisch und in Europa (CE) und den USA (FDA) zugelassenes, sicheres und wirksames Verfahren, welches Fettpolster durch Unterkühlung reduziert. Der CoolSculpting®-Behandlung liegt das Prinzip der Kryolipolyse zugrunde. Es basiert auf der Annahme, dass subkutanes Fettgewebe durch lokal gezielte Kühlung geschädigt wird, während das umliegende Gewebe und die Haut nicht beeinträchtigt werden. In den darauffolgenden Wochen und Monaten sollen die so geschädigten Fettzellen abgebaut, ausgeschieden und so reduziert werden.

Entwickelt wurde diese Methode von renommierten Wissenschaftlern und Ärzten der Harvard Universität.

- ✓ Ohne operativen Eingriff
- ✓ Keine Narbenbildung
- ✓ Ambulante Behandlung
- ✓ Sofort gesellschaftsfähig

Das Verfahren dient der punktuellen Fettreduktion. Es ist nicht zur Gewichtsabnahme geeignet und ersetzt nicht die herkömmlichen Methoden, wie u. a. eine Fettabsaugung.

Was Sie erwarten können:

- Der Ansaugdruck des Vakuumpaplikators kann Empfindungen wie ein tiefes Ziehen, Zerren und Kneifen verursachen. Der Oberflächenapplikator kann ein Druckgefühl verursachen. Bei Behandlungsbeginn können intensives Stechen, Kribbeln, Schmerzen oder Krämpfe auftreten.
- Diese Empfindungen lassen in der Regel nach 5 Minuten nach, sobald der Bereich gefühllos wird.
- Nach der Behandlung kann der behandelte Bereich verhärtet aussehen oder sich ebenso anfühlen und es kann eine vorübergehende Aufhellung der Haut auftreten. Wenn sich Ihr Körper wieder natürlich erwärmt und das Gefühl in den behandelten Bereich zurückkehrt, können Übelkeit oder Schwindel auftreten. Dies sind alles normale Reaktionen, die in der Regel innerhalb weniger Minuten verschwinden.
- In dem behandelten Bereich können Blutergüsse, Schwellungen und Druckempfindlichkeit auftreten und es kann für einige Stunden eine Rötung auftreten, nachdem der Applikator entfernt worden ist.

- Nach der Behandlung kann es in dem behandelten Bereich für mehrere Wochen zu einer verminderten Sensibilität kommen. Andere Veränderungen – einschließlich einem tiefen Jucken, Kribbeln, Taubheit, Druckempfindlichkeit, Schmerzen im behandelten Bereich, starke Krämpfe, Muskelkrämpfe, Schmerzen und/oder wunde Stellen – wurden nach einer CoolSculpting® Behandlung ebenfalls berichtet.
- Die Erfahrungen können sich von Patient zu Patient unterscheiden. Bei einigen Patienten können die zuvor genannten Ereignisse verzögert einsetzen. Bitte kontaktieren Sie uns sofort, wenn irgendwelche ungewöhnlichen Nebenwirkungen auftreten oder wenn sich die Symptome im Laufe der Zeit verschlechtern.
- Veränderungen können schon drei Wochen nach der CoolSculpting® Behandlung sichtbar werden und nach ein bis drei Monaten sind die Ergebnisse am stärksten ausgeprägt. Ihr Körper wird die geschädigten Fettzellen nach der Behandlung ca. 4 Monate lang natürlich abbauen.
- Um das gewünschte Ergebnis zu erreichen, können Sie sich für weitere Behandlungen entscheiden. Diese (Nach-)Behandlung sollte etwa nach 4-6 Wochen erfolgen.

	Ja	Nein
Kryoglobulinämie oder paroxysmale Kältehämo­glo­binurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekannte Kälteempfindlichkeit wie Kälte-Urtikaria/Raynaud-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periphere Durchblutungsstörungen in dem zu behandelnden Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropathische Störungen wie postherpetische Neuralgie oder diabetische Neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilitätsstörungen der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offene oder infizierte Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen oder die gleichzeitige Anwendung von Blutverdünnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kürzlich erfolgte chirurgische Eingriffe oder Narbengewebe in dem zu behandelnden Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Hernie oder eine Hernie in der Vorgeschichte in dem zu behandelnden Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen wie Ekzeme, Dermatitis, Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft oder Stillzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein aktives implantiertes Gerät wie Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sehr geehrter Herr Mustermann,

bitte vermerken Sie hier besondere Anmerkungen oder Fragen zur Behandlung:

Nebenwirkungen und Komplikationen

wie Verhärtungen, Druckstellen, Schmerzempfindlichkeit, starker Juckreiz, Kribbeln, Taubheit, Kälteverbrennungen, Hautverdunklung, Rötung, Schwellung, Hautempfindlichkeit, Schwindel und Übelkeit können auftreten.

Einwilligung zur geplanten Behandlung, über ihre Risiken und mögliche Komplikationen, zu Neben- und Folgemaßnahmen und Behandlungsalternativen, zu Erfolgsaussichten sowie den anfallenden Kosten wurde ich ausführlich informiert.

Ich stimme zu, dass vor und nach der Behandlung Fotoaufnahmen, Messungen des Umfangs und ggf. auch Gewichtsmessungen durchgeführt werden.

Ich habe verstanden, dass eine gesunde Ernährung und eine ausreichende Aufnahme von Wasser, sowie leichte körperliche Aktivitäten, ein optimales Resultat begünstigen.

Ich bestätige, dass ich keinen Herzschrittmacher trage, keinen internen Defibrillator und keine Metallimplantate. Ich bin derzeit weder schwanger noch in der Stillzeit.

Ich habe alle Unterlagen sorgfältig und genau gelesen. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen.

Mir ist bewusst, dass kein bestimmtes Ergebnis garantiert werden kann.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit nach angemessener Bedenkzeit in die geplante Maßnahme ein.

Ich habe eine Abschrift dieses Aufklärungsbogens erhalten.

Ort, Datum

Patientin / Patient

Behandelnde/r