



Anmeldung zur Blutegeltherapie

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____ weiblich männlich Zivilstand _____

Strasse _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. P _____ Tel. G _____

Natel Nr. _____ E-Mail _____

Hausarzt/ärztin _____

Mitteilung an Patienten/innen

Die Blutegeltherapie wird in der Regel von der Krankenkasse nicht bezahlt.
Termine, die weniger als 24 Stunden vorher abgesagt werden, muss ich Ihnen leider in Rechnung stellen.

Information für Ihre Therapeutin

Bitte geben Sie Ihre Erkrankungen und Medikamente an. Diese Informationen sind für die Therapeutin wichtig, um Sie korrekt über die Durchführung, Risiken und Folgen der Blutegelbehandlung aufklären zu können.

Unter welchen Krankheiten leiden Sie?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Haben Sie schon einmal eine allergische Reaktion erlitten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. bei kleinen Verletzungen)?

Ja Nein

Bekommen Sie leicht blaue Flecken? Ja Nein

Tritt dies bei einem Ihrem Blutsverwandten auf? Ja Nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar, Aspirin)?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Grunderkrankung, durch die Ihr Abwehrsystem stark geschwächt ist?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein, die Ihr Abwehrsystem schwächen (z.B. Kortison, Rheumamittel)?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Besteht bei Ihnen die Neigung zu einer verstärkten Narbenbildung? Ja Nein

Besteht bei Ihnen Blutarmut (Anämie)? Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Stillen Sie zur Zeit? Ja Nein

Anmerkungen der Therapeutin

Einverständniserklärung

In einem Aufklärungsgespräch mit der auf der Vorderseite genannten Therapeutin wurde ich über die vorgesehene Blutegelbehandlung und eventuell notwendige weitere Massnahmen ausführlich informiert. In diesem Gespräch konnte ich alle für mich wichtigen Fragen zur Blutegelbehandlung stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausführlicher Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein. Ich bin mir bewusst, dass es zu unangenehmen Begleiterscheinungen kommen kann und verzichte auf Schadenersatzansprüche aus dieser Therapie.

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten
