



Praxis für Physiotherapie & Logopädie  
Waldemar Wittenbeck  
Hornstr. 23  
93053 Regensburg

## Aufklärungsbogen und Einwilligungserklärung

Patientendaten:

Name/Vorname .....

Geburtsdatum .....

Anschrift

.....  
.....  
.....

Sehr geehrte (r) Patient (in),

zur Behandlung Ihrer Erkrankung wurde Ihnen von Ihrem Arzt/Therapeut eine Stoßwellen Therapie (ESWT) vorgeschlagen. Bei dieser Behandlung kann durch gebündelte energiereiche Schallwellen auf Körpergewebe eingewirkt werden, ohne eine Operationswunde zu verursachen. Das Verfahren wird bei der Zerstörung von Nieren- und Gallensteinen seit Jahren erfolgreich eingesetzt und findet nun in der Praxis zunehmend Verbreitung aufgrund hoher Heilungschancen und des im Vergleich zur offenen Operation geringeren Risikos.

Die ESWT -Therapie ist ein schonendes Verfahren zur Behandlung von Schultergelenkerkrankungen, Fersensporen, Tennis- und Golfer Ellbogen, Pseudoarthrosen (nicht ausheilende Knochenbrüche) sowie chronischen Sehnerkrankungen.

Während der Behandlung wird der Stosswellenkopf auf die Haut aufgesetzt und exakt auf der zu behandelnden Stelle in kreisenden Bewegungen geführt. An der erkrankten Stelle werden durch die Stosswelle mikroskopisch kleine Verletzungen innerhalb des Körpers gesetzt. Der Körper reagiert mit einer erhöhten Durchblutung (Rötung) und Stoffwechsellätigkeit. Dadurch werden Heilungsprozesse ausgelöst bzw. beschleunigt.

Die Behandlung erfolgt in der Regel ohne örtliche Betäubung.

Sie wird von den meisten Patienten zwar als unangenehm aber gut erträglich empfunden. Die Behandlungsdauer mit der Stosswelle beträgt in der Regel ca. 5min und wird in der Regel im wöchentlichen Abstand mindestens drei Mal wiederholt.

Als Nebenwirkung treten eine leichte Rötung der Haut sowie gelegentlich kleinere Blutergüsse auf. Am Tag der Behandlung kann es vorübergehend zu einer Verstärkung der Beschwerden kommen, die aber am folgenden Tag rasch verschwinden. Um das Risiko von Nebenwirkungen für Sie möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, uns die folgenden Fragen zu beantworten.

Fragestellung

bitte ankreuzen (X)

Sind Sie Bluter?

O NEIN    O JA

Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende  
Medikamente ( z.b. Marcumar ) ein?

O NEIN    O JA

nämlich\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

O NEIN    O JA

Gegen?\_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft?

O NEIN    O JA

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

O NEIN    O JA

Zuvor durchgeführte Therapien?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anmerkung

Ihr Arzt/Therapeut hat Sie heute über die Stosswellen Behandlung aufgeklärt.  
Sollten Sie noch irgendwelche Fragen in diesem Zusammenhang haben, scheuen Sie  
sich bitte nicht, diese zu stellen.

Einwilligungserklärung:

Mit dem o.g. Patienten wurde ein ausführliches Gespräch über die Stosswellen Therapie geführt; über die Vorteile und Risiken dieses Verfahrens wurde gesprochen. Weiterhin ist dem Patienten bekannt, dass wie bei jeder ärztliche/therapeutischen Behandlung auch höchst unwahrscheinliche Risiken auftreten können, wie z.B. die Unverträglichkeit des Betäubungsmittels, die Infektionsgefahr usw. Der Patient erklärt ausdrücklich, dass er diese medizinische Behandlungsmethode wünscht.

Die Stosswellen Therapie stellt eine über Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen/therapeutischen Versorgung hinausgehende Leistung dar. Dem Arzt/Therapeuten ist nicht bekannt, ob und in welcher Höhe sich die Erstattungsstellen an der vereinbarten Leistung beteiligen. Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Über folgende Punkte möchte der Patient noch näher aufgeklärt werden:

---

---

---

Die Zustimmung zur Durchführung der Stosswellen Therapie wurde erteilt. Sollten während der Behandlung Komplikationen auftreten, die einen weiteren ärztlichen Eingriff dringend erforderlich machen, so wird auch der Zustimmung umfasst.

Ich möchte nach erfolgter Aufklärung, auf mein Verlangen privat behandelt werden. Sofern ich in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert bin, bin darüber aufgeklärt worden, dass es sich um keine kassenübliche Behandlung handelt und nicht gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung/Krankenkasse abgerechnet werden darf. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) erhalte und selbst bezahlen muss. Ich bin ferner darüber aufgeklärt worden, dass eine Kostenerstattung durch meine private Krankenversicherung/Beihilfefestsetzungsstelle/Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

Datum/Ort

Unterschrift des Patienten

---

---