

BTL EMSELLA®

ALLGEMEINE PATIENTENAUFKLÄRUNG

Patientenname:	Geburtsdatum:	Alter:
Telefon:	Email:	

Diagnose: _____

BEHANDLUNGSERWARTUNGEN

Sie sind für eine Reihe von nicht-invasiven Behandlungen mit dem BTL EMSELLA-Gerät vorgesehen.

BTL EMSELLA dient zur vollständig nicht-invasiven elektromagnetischen Stimulation der Beckenbodenmuskulatur zur Rehabilitation von schwachen Beckenmuskeln und zur Wiederherstellung der neuromuskulären Kontrolle bei der Behandlung von Harninkontinenz bei Frauen.

Initialen: _____

Ihr behandelnder Arzt wird Ihre spezifischen Behandlungsbedürfnisse besprechen. Die empfohlene Anzahl von Behandlungen beträgt 6. Die Behandlung dauert in der Regel etwa 30 Minuten pro Sitzung, wobei die Sitzungen je nach Bedarf mindestens zwei Tage auseinanderliegen. Um die Wirksamkeit der Behandlung zu maximieren, ist es notwendig, eine vollständige Behandlungsserie abzuschließen. Je nach Schweregrad Ihrer Erkrankung benötigen Sie möglicherweise zusätzliche Behandlungen. Die Ergebnisse werden sich in der Regel in den nächsten Wochen weiter verbessern.

Initialen: _____

Mit Ihrer Behandlung ist normalerweise kein Schmerz verbunden und es ist keine Betäubung erforderlich. Sie werden allmählich zunehmendes Kribbeln und Muskelkontraktionen erfahren. Diese Empfindungen im Beckenbereich sind normal und werden erwartet. Sie bleiben während der Behandlung vollständig bekleidet.

Initialen: _____

Am Tag der Behandlung wird empfohlen, bequeme Kleidung, ohne metallische Applikationen, Reisverschlüsse oder Knöpfe im Behandlungsbereich, zu tragen, die Flexibilität für die richtige Positionierung und erhöhten Komfort während der Behandlung ermöglicht. Sie werden aufgefordert, alle Schmuckstücke und elektronischen Geräte zu entfernen.

Initialen: _____

Bitte geben Sie an, ob Folgendes auf Sie zutrifft:

- Schwangerschaft JA NEIN
- Herzschrittmacher JA NEIN
- Implantierte Defibrillatoren, implantierte Neurostimulatoren JA NEIN
- Elektronische Implantate JA NEIN
- Lungeninsuffizienz JA NEIN
- Metallimplantate JA NEIN
- Medikamentenpumpen JA NEIN
- Blutstillende Medikation JA NEIN
- Antikoagulationstherapie JA NEIN
- Herzerkrankungen JA NEIN
- Bösartiger Tumor JA NEIN
- Fieber JA NEIN
- Allergie gegen Medikamente/ Lebensmittel/ andere Substanzen JA NEIN
- Einnahme von verschreibungspflichtigen, pflanzlichen oder freiverkäuflichen Medikamenten JA NEIN
- Eventuelle Operationen JA NEIN
- Andere Hauterkrankungen oder Empfindlichkeiten JA NEIN

Wenn Sie eine dieser Fragen mit JA beantwortet haben, beschreiben Sie diese bitte genauer:

Wenden Sie sich bei allen Kontraindikationen, Warnungen und Vorsichtsmaßnahmen an Ihren Behandler.

- Ich bin mir bewusst, dass eine Schwangerschaft kontraindiziert ist und schwangere Frauen sich der Behandlung nicht unterziehen können.
Initialen: _____
- Ich bin mir bewusst, dass ich die Behandlung während der Menstruation nicht durchführen lassen kann.
Initialen: _____
- Ich verstehe, dass bestimmte Risiken mit BTL EMSELLA-Behandlungen verbunden sind. Dazu gehören unter anderem: Muskelschmerzen, vorübergehender Muskelkrampf, vorübergehender Gelenk- oder Sehnenschmerz, lokales Erythem oder Hautrötung. Ich verstehe, dass die Behandlung Risiken von Komplikationen oder Verletzungen sowohl bekannter als auch unbekannter Ursache beinhalten kann, und ich nehme diese Risiken in Kauf. **Initialen:** _____
- Ich bin bereit, auf Anfrage Formulare und / oder anonyme Fragebögen auszufüllen, da dies zur medizinischen Bewertung der Behandlungsergebnisse beitragen kann. Informationen werden für medizinische Aufzeichnungen oder Marketingzwecke erworben. **Initialen:** _____
- Ich verstehe, dass die Ergebnisse von Person zu Person variieren können und dass ein exaktes Ergebnis nicht vorhergesagt werden kann. Es ist sehr unwahrscheinlich, aber es ist möglich, dass Sie nach dem Eingriff kein erkennbares Ergebnis mehr spüren. Ich bestätige, dass die Ergebnisse möglicherweise nicht meinen Erwartungen entsprechen. **Initialen:** _____
- Ich bestätige, dass ich das gesamte Dokument gelesen habe und dass ich allen Punkten zustimme. Ich bestätige, dass ich die Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen, und diese Fragen wurden vollständig zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich verstehe die Behandlungsbedingungen, das Verfahren und mögliche Nebenwirkungen vollständig. **Initialen:** _____
- Ich habe die obigen Informationen gelesen, und ich ersuche und gebe meine Einwilligung zur Behandlung mit dem BTL EMSELLA-Verfahren durch den Arzt / die Ärzte in der unten angegebenen Praxis und seine / ihre benannten Mitarbeiter. **Initialen:** _____

Meine Signatur unten zeigt an, dass die obigen Informationen korrekt und aktuell sind.

Unterschrift Patient: _____ **Datum:** _____

Name (Druckbuchstaben): _____ **Unterschrift:** _____ **Datum:**

Praxisname: _____