

Aufklärung - Platelet Rich Plasma

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Behandlung am:

Bei der Behandlung mit **Platelet Rich Plasma** wird Ihnen etwas Blut abgenommen (meist 1 oder 2 Röhrchen zu 8ml). Dieses wird sofort zentrifugiert und gefiltert und anschließend in bzw. unter die Haut injiziert.

In geschulten Händen ist diese Therapie ungefährlich und ruft nur selten Nebenwirkungen hervor.

Dennoch können u.a. folgende unerwünschte Effekte auftreten:

- Einstichschmerzen
- Bis zu einigen Tagen nach der Behandlung kann es zu einem Ziehen oder „komischen“ Gefühl des behandelten Areals kommen.
- Lokale Rötungen
- Jucken
- Kreislaufkollaps v.a bei ängstlich-sensiblen Patienten
- Hautgranulome
- Hautnekrosen
- Pigmentstörungen
- Infektionen
- Nervenschäden
- Hämatombildung (relativ häufig)

Nehmen Sie zur Zeit gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, Sintrom, Aspirin, Thrombo-ASS, Herzschutz-ASS)?

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. von Medikamenten, örtlichen Betäubungsmitteln etc.)?

Bitte beachten Sie **vor** der Behandlung mit PRP:

- bei Behandlung der Kopfhaut 3 Tage vorher kein Haarfärbemittel auftragen
- 2 Tage vor der Behandlung kein Aspirin einnehmen
- unmittelbar vor der Behandlung Hautreinigung nur mit Wasser und Seife – keine Pflegecremes, Körpermilch oder Puder auf die zu behandelnden Stellen geben
- Es wird empfohlen vor der Behandlung eine Betäubungscreme aufzutragen.

Bitte beachten Sie **nach** der Behandlung mit PRP:

- 24 Stunden keine Vollbäder, Massagen, Packungen oder Lymphdrainagen
- 48 Stunden keine Sonnenbäder
- 48 Stunden keine Salben oder Puder auf die behandelten Stellen
- 72 Stunden keine Röntgenstrahlung oder Elektrotherapie
- bei Behandlung der Kopfhaut 24 Stunden nicht Haare waschen

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden und habe die Fragen zur Krankenvorgeschichte (Anamnese) nach bestem Wissen beantwortet. Im Aufklärungsgespräch konnte ich alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die vorgeschlagene Behandlung ein:

Villach, am

_____.
Patient

_____.
Arzt