

BLUTEGELTHERAPIE

Patientenaufklärung, Anamnese & Einwilligung

I. PATIENTENAUFKLÄRUNG

Diese Patientenaufklärung dient der Vorbereitung auf das Aufklärungsgespräch mit der Therapeutin und ersetzt nicht das Aufklärungsgespräch an sich. Bitte notiere Deine Fragen, falls sich welche für Dich ergeben, damit diese im Vorgespräch erläutert werden können.

Wie wirken Blutegel? Die Blutegeltherapie wirkt durch folgende drei Effekte:

→ Physikalischer Effekt	→ Reflektorischer Effekt	→ Biochemischer Effekt
Aderlasseffekt und Lymphdrainage durch den Entzug von Blut-, Lymph- und Gewebsflüssigkeit durch den saugenden Blutegel und der Nachblutung, die durch Wirkstoffe des Blutegelsekretes hervorgerufen wird.	Wirkung und Trigger auf Dermatome. Ein Dermatome ist ein Hautbereich, das von Fasern einer Spinalnervenzwurzel (Nerven, die aus dem Rückenmark entspringen) versorgt wird.	Blutgerinnungshemmende, immunregulierende, schmerzstillende und entzündungshemmende Wirkung durch die Stoffe des Blutegelsekretes. Es gibt mehr als 100 BAS (biologisch aktive Stoffe) im Speichelsekret der Blutegel, wovon bisher nur ein kleiner Teil identifiziert werden konnte.

VOR der Behandlung bitte unbedingt beachten:

Blutegel sind extrem geruchs- und geschmacksempfindlich. Wenn du dich nicht gut vorbereitest, beißen sie unter Umständen schlecht oder gar nicht.

Bitte halte dich an folgende Anweisungen:

Ab 48 Stunden (2 Tage) vorher:

- **Keine Duftstoffe** wie Parfüm, Duschgel, Seife, Salbe oder Lotion auftragen.
- **Keine lokalen Medikamente** (Salben, Gels) an den Applikationsstellen benutzen.
- **Viel trinken:** Am besten nur Wasser und ungesüßten Tee.

Ab mindestens 24 Stunden vorher:

- Kein Alkohol.
- **Kein Aspirin** (Acetylsalicylsäure) oder andere gerinnungshemmende Medikamente einnehmen.

Ablauf einer Blutegelbehandlung:

Die Behandlung findet in der Praxis statt und kann bis zu 2,5 Stunden dauern. Trage bequeme und weite Kleidung.

1. Das Ansetzen der Blutegel

Die Applikationsstellen werden gesäubert und die Egel dort angesetzt. In einigen Fällen ist das vorsichtige Anritzen der Haut mit einer Lanzette sinnvoll und nötig, damit sich die Egel an den gewünschten Stellen ansaugen. Wenn die Blutegel anbeißen, kann ein brennnesselartiger Schmerz verspürt werden, der in der Regel nach einiger Zeit nachlässt, aber immer wieder kurzzeitig auftauchen kann.

2. Die Saugphase

Die Blutegel werden während der Saugphase in Ruhe gelassen und locker zugedeckt. Sie bleiben an der Stelle und kriechen nicht umher. Während der Saugphase sondern sie eine wässrige Flüssigkeit ab, wobei es sich um Wasser und für den Egel überflüssige Serumbestandteile handelt.

Die Blutegel lassen von selbst los, wenn sie satt sind, was zwischen 30 – 80 Minuten dauern kann.

3. Das Nachbluten

Eine Nachblutung ist normal, gewünscht und gehört zum Behandlungskonzept. Sie wird eine Zeit lang beobachtet und begutachtet, dann werden die Bissstellen verbunden.

Begleiterscheinungen nach der Behandlung

Nachwirkungen aus der Behandlung sind normal, können aber individuell schwächer oder stärker in Erscheinung treten. Bitte gib mir über alle Veränderungen Bescheid!

→ Nachbluten

Die Bissstellen bluten in der Regel 6-24 Stunden nach. Das ist normal und soll nicht gestoppt werden

→ Veränderungen an den Bissstellen: Hämatome, Schwellung, Rötung, Jucken

Die Bissstellen können anschwellen und es kann sich eine Rötung drumherum, auch großflächiger, bilden. Ebenso bilden sich häufig kleine, aber auch mal größere, Hämatome um die Bissstellen herum. Während der Heilung kann es zudem zu einem allergieähnlichen Juckreiz kommen, der z.B. mit Quarkwickeln oder mit einer antihistaminischen Salbe (z.B. Fenistil®-Gel) gelindert werden kann. Bitte NICHT kratzen, um eine Infektion zu vermeiden.

→ Lymphknotenschwellung und Anstauung von Lymphe

Je nach behandelter Stelle können Lymphknoten anschwellen und sich ein Lymphödem bilden. Die Lymphknoten und -gefäße kommen dem gesteigerten Lymphstrom nicht hinterher. Halte die nächsten 2-3 Tage die betroffenen Extremitäten so oft wie möglich hochgelagert, eine leichte Massage in Richtung des Lymphflusses (Richtung Herz) ist ebenfalls förderlich, um einen Lymphstau zu vermeiden bzw. gering zu halten.

→ Kreislaufreaktionen

Plane für den Tag der Behandlung und die zwei folgenden Tage Ruhe ein und trinke ausreichend. Um einen Lymphstau zu vermeiden, ist Liegen eine gute Möglichkeit, die auch Ihrem Kreislauf zugutekommt.

Mögliche Komplikationen

Selten können folgende Komplikationen nach einer Behandlung auftreten: Nachblutung länger als 24 Stunden, starke allergische Reaktion, Wundheilungsstörung u.a. mit Blasenbildung, Entzündungen bzw. Wundinfektion durch Eindringen von Erregern, bleibende Narbenbildung.

Kontraindikationen

Ob Kontraindikationen vorliegen, wird über die Anamnese abgeklärt. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um: Allergien, Infektionskrankheiten, immunabwehrschwächende Erkrankungen, Anämien, Schwangerschaft/Stillzeit, erosive Gastritis, Magen-/Darmgeschwüre, erhöhte Blutungsneigung, verstärkte Narbenbildung, Krebs und die Einnahme bestimmter Medikamente.

NACH der Behandlung bitte unbedingt beachten:

→ Verzichte bis zum Stillstand der Nachblutung unbedingt auf Sport und anstrengende körperliche Aktivitäten!

→ Trinke vermehrt in den nächsten 24 Stunden!

→ Wurden Extremitäten behandelt, sollten diese die folgenden 24 Stunden so häufig und lang wie möglich hoch gelagert werden.

→ Decke die Bissstelle immer mit einem Pflaster ab, um eine Infektion zu vermeiden!

→ Verzichte auf längere Aufenthalte im Wasser, um eine vorzeitige Ablösung der Wundkruste und eine Infektion der Bissstelle zu vermeiden!

→ Wechsle regelmäßig den Verband.

WICHTIG: je nach Erkrankung, Symptomstärke und persönlicher Verfassung ist eine Wiederholung, auch mehrmalig, im Abstand von circa 1-2 Wochen, nötig.

II. ANAMNESE

Die Angaben in diesem Anamnesefragebogen dienen der korrekten Durchführung und Einschätzung möglicher Risiken und Folgen der Bluteigelbehandlung. Alle Angaben und Unterlagen werden vertraulich behandelt und werden keinem fremden Dritten weitergeleitet.

Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Leidest Du an einer (Grund-)Erkrankung? Ja Nein

z.B. Rheuma, erosive Gastritis (Magenschleimhautentzündung mit Schleimhautdefekten), Anämie (Blutarmut), chronische Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Magen-/Darmgeschwür.

Falls ja, welche: _____

Nimmst Du aktuell Medikamente ein bzw. bis vor Kurzem? Ja Nein

Insbesondere immunsuppressive Medikamente (Cortison, Rheumamittel, etc.), blutgerinnungs-hemmende Medikamente (Macumar, Aspirin, etc.), Herzmedikamente, Diuretika oder ähnliches.

Falls ja, welche: _____

Wurde bei Dir eine Allergie, v.a. gegen tierisches Eiweiß, festgestellt? Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Hattest Du schon einmal eine schwere allergische Reaktion erlitten? Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Besteht bei Dir eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. bei kleinen Verletzungen)? Ja Nein

Bekommst Du sehr leicht blaue Flecken? Ja Nein

Besteht bei Dir eine Neigung zur verstärkten Narbenbildung? Ja Nein

Sind enge Familienmitglieder von oben aufgeführten Erkrankungen betroffen? Ja Nein

Rauchst Du? Ja Nein

Bist Du schwanger oder stillst Du? Ja Nein

III. PATIENTENDATEN

Personenbezogene Daten, Fotos und Gesundheitsdaten

Der/Die Patient*in willigt ausdrücklich in die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von den festgehaltenen personenbezogenen Daten, seinen Gesundheitsdaten und Fotos zu Dokumentationszwecken in einer elektronischen Patientenakte und/oder in Papierform ein. Die Erhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Eine Nutzung Ihrer Daten zum Zwecke der Werbung erfolgt nicht!

Weitere Informationen zum Datenschutz erhält der/die Patient*in in einer separaten Anlage.

Kontaktaufnahme und Versand sensibler Daten → Entsprechendes bitte ankreuzen!

Der/Die Patient*in willigt ausdrücklich ein, dass er/sie zum Zweck der Durchführung der Behandlung telefonisch kontaktiert werden darf.

Der/Die Patient*in willigt ausdrücklich in den Versand der Rechnungen und sonstiger sensibler Daten als pdf-Dokument per unverschlüsselter Emails an folgende Emailadresse ein:

Der/Die Patient*in möchte Rechnungen und sonstige sensible Unterlagen postalisch erhalten.

IV. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich bestätige, alle Angaben des Anamnesefragebogens wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.

Mir ist bewusst, dass Falschangaben oder das Auslassen von Angaben ein Risiko für Komplikationen darstellt.

Ich wurde über den Ablauf, die Nebenwirkungen und Risiken einer Bluteegelbehandlung sowie eventuell notwendiger weiterer Maßnahmen ausführlich informiert. Mir ist bewusst, dass es zu Begleiterscheinungen kommen kann und dass je nach Erkrankung und Erkrankungsgrad Behandlungswiederholungen nötig sind.

Das Aufklärungsgespräch habe ich verstanden, den Aufklärungsbogen sowie den Datenschutzhinweis erhalten und konnte alle für mich wichtigen Fragen zur Behandlung stellen.

Honorar

- Erstbehandlung bis 2,5 h, inkl. Verbandsmaterial, ohne Blutegel: 270 CHF
- Folgebehandlung bis 2 h, inkl. Verbandsmaterial, ohne Blutegel: 220 CHF
- Blutegel 25 CHF pro Stück
- Bei Hausbesuchen fällt eine zusätzliche Fahrpauschale an.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die Behandlung mit Blutegeeln zu dem oben aufgeführten Honorar ein.

Wiesendangen, den _____ Unterschrift Patient/in _____

DATENSCHUTZHINWEISE FÜR DIE NATURHEILPRAXIS (KANTON ZÜRICH)

Nach dem schweizerischen Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) sowie den einschlägigen gesundheitsrechtlichen Bestimmungen des Kantons Zürich bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Ihre Daten erhebe, speichere und bearbeite. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf Ihre Daten haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENBEARBEITUNG

→ Verantwortlich für die Datenerhebung und -bearbeitung und Kontaktdaten: Daniela Gugelmann, Blutegel Therapeutin, Tellenstrasse 1, 8542 Wiesendangen, Telefon: [Telefonnummer], E-Mail: gugegel@gmx.ch, Website: www.gugegel.ch

→ Zuständige kantonale Aufsichtsbehörde für Datenschutzfragen (bei Beschwerden): Datenschutzbeauftragte des Kantons Zürich Beckenhoffstrasse 23, Postfach, 8090 Zürich Website: www.datenschutz.zh.ch

→ Zuständige eidgenössische Aufsichtsbehörde (für allgemeine Fragen zum Bundesgesetz): Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter (EDÖB) Feldeggweg 1, 3003 Bern Website: www.edoeb.admin.ch

2. ZWECK DER DATENBEARBEITUNG UND RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Die Datenbearbeitung erfolgt primär, um den Behandlungsvertrag mit Ihnen zu erfüllen und die damit verbundenen fachlichen und gesetzlichen Pflichten (insbesondere gemäss dem Gesundheitsgesetz und dem Patientengesetz des Kantons Zürich) wahrzunehmen. Hierzu bearbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten (besonders schützenswerte Personendaten gemäss Art. 5 DSG). Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge, Dokumentationen über Behandlungsverläufe und Befunde, die ich selbst oder andere medizinische Fachpersonen (z.B. ärztliche Berichte, Laborbefunde) erhoben haben. Die Erhebung dieser Daten ist eine zwingende Voraussetzung für Ihre fachgerechte und sorgfältige Behandlung. Ohne diese Informationen kann eine verantwortungsvolle Therapie nicht durchgeführt werden. Die Bearbeitung Ihrer Gesundheitsdaten stützt sich in der Regel auf Ihre Einwilligung, die Sie mit dem Abschluss des Behandlungsvertrags konkludent oder explizit erteilen (Art. 6 Abs. 1 DSG in Verbindung mit dem kantonalen Gesundheitsrecht).

3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE

Ich behandle Ihre Daten streng vertraulich. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur, wenn:

- dies für die Durchführung der Behandlung und Vertragserfüllung notwendig ist (z.B. Übermittlung von Proben an externe Labore),
- Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben,
- eine gesetzliche Pflicht hierzu besteht (z.B. Meldepflichten bei bestimmten Krankheiten), oder
- es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.

4. SPEICHERUNG UND AUFBEWAHRUNG IHRER DATEN

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten und insbesondere die Patientendokumentation nur solange auf, wie dies für die Behandlung erforderlich ist. Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen des Kantons Zürich (Gesundheitsgesetz / Patientengesetz) bin ich verpflichtet, Ihre Patientendokumentation für die Dauer von **10 Jahren** nach dem Datum des letzten Eintrags sicher aufzubewahren. Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten entweder vernichtet oder, falls dies aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen (z.B. steuerrechtliche Buchführungspflichten für Rechnungsdaten) erforderlich ist, archiviert, aber für den Zugriff im Rahmen der Patientenbehandlung gesperrt.

5. IHRE RECHTE

Sie haben nach dem DSG folgende Rechte in Bezug auf Ihre personenbezogenen Daten:

- **Recht auf Auskunft:** Sie können unentgeltlich Auskunft darüber verlangen, ob und welche Daten ich über Sie bearbeite (Art. 25 DSG).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie können die Berichtigung unrichtiger oder unvollständiger Daten verlangen (Art. 32 DSG).
- **Recht auf Löschung/Vernichtung:** Sie können die Löschung oder Vernichtung Ihrer Daten verlangen, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten (insbesondere die oben erwähnte 10-Jahres-Frist) entgegenstehen (Art. 32 DSG).
- **Recht auf Herausgabe oder Übertragung:** Sie können verlangen, dass ich Ihnen Ihre Daten in einem gängigen elektronischen Format herausgebe oder sie an einen anderen Verantwortlichen übermittle (Recht auf Datenübertragbarkeit, Art. 28 DSG).
- **Recht auf Widerruf der Einwilligung:** Sie können eine erteilte Einwilligung zur Datenbearbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
-

Bitte richten Sie Ihre entsprechenden Begehren schriftlich an die unter Punkt 1 genannte Adresse.

Zudem haben Sie das Recht, sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmässig erfolgt (siehe Punkt 1 für Kontaktdaten).