

Botulinumtoxin

Einverständniserklärung / Behandlungsvertrag

Botulinumtoxin A

Ich habe das Informationsblatt zur Behandlung mimischer Falten mit Botulinumtoxin A gelesen und bin vom Arzt aufgeklärt worden.

Mir wurde eine Kopie dieser Patienteninformation ausgehändigt.

Ich wünsche die Korrektur mimischer Falten durch Einspritzung von Botulinumtoxin A an folgenden Stellen:

- | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stirn | <input type="checkbox"/> Lidfalten | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glabella | <input type="checkbox"/> Hals (Platysma) | <input type="checkbox"/> |

Art, Inhalt, Risiken und Erfolgsaussichten der o.g. Behandlung wurden mir in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch mit Frau Dr. med. eingehend erläutert. Ich konnte dabei auch alle mich interessierenden Fragen stellen. Diese wurden alle beantwortet und von mir verstanden.

Mir ist bekannt, daß die Behandlung einer Verminderung der Mimik im Stirn- und Augenbereich führt. Ich wurde darüber informiert, daß Botulinumtoxin A zwar zur Behandlung des unwillkürlichen Lidkrampfs beim Menschen von dem zuständigen Bundesamt für Arzneimittel zugelassen ist, daß es aber eine Zulassung für den kosmetischen Einsatz zur Faltenbehandlung nicht gibt. Über andere Möglichkeiten der Korrektur mimischer Falten wurde ich ebenfalls informiert; ebenfalls darüber, daß ggf. mehrere Behandlungen notwendig sind um das gewünschte Ergebnis zu erzielen.

Ich wurde darauf hingewiesen, daß medizinisch-kosmetische Leistungen nicht durch die gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig sind, und daß die Kosten am Tag der Leistungserbringung zu bezahlen sind.

Ein Nerven- oder Muskelleiden und ebenfalls eine Schwangerschaft liegen meines Wissens bei mir nicht vor. Aminoglycosid-haltige Antibiotika (z.B. Gentamycin, Neomycin) nehme ich zur Zeit nicht ein.

.....
Datum	Unterschrift des Arztes	Unterschrift des Patienten