



Behandlungsformulare für die Lipolyse-Behandlung mit Nano-PPC 500

Patientenanamnese
vom Patienten auszufüllen

Ausgefüllt: ja nein

Unterschrift: ja nein

Aufklärungsbogen
Patienten-Information

Ausgefüllt: ja nein

Unterschrift: ja nein

Risikoaufklärung
Patienten-Einwilligung

Ausgefüllt: ja nein

Unterschrift: ja nein

Hinweis zur Abrechnung
Datenschutz Einwilligung

Unterschrift: ja nein

Unterschrift: ja nein

Patient: _____

Tel: _____

Regionen: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Beh.-Datum: _____

Diese Vorlagen sind Vorschläge des NETWORK-Globalhealth / NETZWERK-Lipolyse, die durch die Kanzleien Dr. Eick & Partner (Rechtsanwälte) und der Kanzlei Messner (Rechtsanwälte) geprüft wurden. Wegen der neuartigen Behandlungsmethode können Netzwerk-Lipolyse und die beratenden Kanzleien keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Vorlagen geben. Anamnese, Befundung und Aufklärung müssen sich nach dem konkreten Einzelfall richten. Eine Verwendung findet unter Haftungsausschluss des NETWORK-Globalhealth / NETZWERK-Lipolyse und der beratenden Kanzleien statt.



Patientenanamnese

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ kg

Bitte machen Sie folgende Angaben:

Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben oder hatten Sie Schilddrüsen-Veränderungen bzw. Schilddrüsenhormonstörungen (oder Verdacht hierauf)? ja nein

Wurde ein EKG angefertigt? ja nein

Leiden Sie an Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden oder litten Sie je an Zuckerkrankheit? ja nein

Bekommen Sie leicht blaue Flecken? ja nein

Haben Sie Anämie? ja nein Infektionen ja nein

Blutkrankheiten ja nein Krebs ja nein

Hepatitis ja nein HIV ja nein

Glaukom ja nein

Sind die Blutfette in Ordnung? _____

Haben Sie ernsthafte Erkrankungen oder Unfälle gehabt? _____

Sind Sie allergisch gegen Arzneimittel? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie je Probleme mit Blutungen gehabt? ja nein

Haben Sie jemals schlecht auf eine Lokalanästhetik oder Vollnarkose reagiert? ja nein

Nehmen Sie folgende Präparate regelmäßig zu sich?

Beruhigungsmittel ja nein Wassertabletten ja nein

Blutdrucktabletten ja nein Hormone ja nein

Schmerzmittel, blutverdünnende Medikamente ja nein Fettreduktionsmittel ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Gewohnheiten?

Rauchen ja nein Wenn ja, wie viel? _____

Alkohol ja nein Wenn ja, wie viel? _____

Haben Sie Operationen gehabt? (OP's, plast. OP's, Fettabsaugungen) ja nein

Wenn ja, welche? wann? wo? _____

Welche Arzneimittel nehmen Sie zur Zeit? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____



Aufklärungsbogen

für eine Injektions-Lipolyse-Behandlung mit Nano-PPC 500

Die Injektion von Phosphatidylcholin zur Abschmelzung lokalisierter Fettansammlungen

1995 injizierte Frau Dr. Patricia Rittes / Sao Paulo erstmals Phosphatidylcholin in kleine Fettdepots. Der Ehrenpräsident des weltweiten NETZWERK-Lipolyse, Dr. Franz Hasenschwandtner, hat zwischen 2003 und 2013 über 10.000 Behandlung erfolgreich durchgeführt und die Therapie maßgeblich weiterentwickelt. Der Lipolyse-Report, der auf der Grundlage einer Befragung der Mitglieder des NETZWERK-Lipolyse 2015 erarbeitet wurde, weist über 75.000 Behandlungen aus.

Das injizierte Mittel enthält unter anderem Phosphatidylcholin (Lecithin aus Sojabohnen) und wird normalerweise intravenös zur Therapie von Lebererkrankungen, Fettembolien, Senkung der Blutfettwerte sowie Atherosklerose eingesetzt. Es ist seit mehr als einem Jahrzehnt in Russland für diese Indikationen zugelassen.

Bei der Injektions-Lipolyse wird dieses Mittel mehrfach, verteilt über einige Wochen, direkt in das Fettgewebe mit kleinsten Nadeln injiziert. Dort kommt es dann binnen weniger Wochen zum Abschmelzen des Fettgewebes und zu einer Steigerung des Fettabbaus.

Die Injektions-Lipolyse ist geeignet für Patienten, die lokalisierte, kleinere Fettansammlungen aufweisen, die nicht durch eine Umstellung der Ernährung oder vermehrte Bewegung reduziert werden können. Die Injektions-Lipolyse dient keinesfalls der Gewichtsreduktion, sie kann nur die Körperkontur verändern helfen.

Der Effekt ist nicht mit dem einer Fettabsaugung gleichzusetzen, da es sich dabei um eine operative Methode handelt, die auch größere Fettmengen in einem Vorgang dauerhaft entfernt. Die Therapie ist für Patienten geeignet, die sich keinesfalls einem operativen Eingriff unterziehen wollen oder können.

Zur Kenntnis genommen

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in



Risikoaufklärung und Einwilligung

zur Behandlung mittels Injektions-Lipolyse im Arzt/Patienten Gespräch

Die Therapie: Die Injektions-Lipolyse mit Nano PPC 500 ist gedacht für kleine umschriebene Fettpolster bzw. zur gemäßigten Fettreduktion oder auch für gutartige Fettgeschwüste (Lipome) bei Patienten, die sich aus den verschiedensten Gründen nicht operieren lassen möchten. Phosphatidylcholin wurde in einem aufwändigen Prozess zu Molekülgrößen im Nano Bereich reduziert. Diese ist in einigen osteuropäischen Ländern zugelassen, in Deutschland bisher noch nicht. Durch die Nano Partikelgröße des PPC erhöht sich die Bioverfügbarkeit der Wirkstoffe und damit ihre Wirksamkeit in der Behandlung. Die Bezeichnung „Nano“ bedeutet hier nicht, dass Fremdpartikel für das PPC verwendet werden, sie bezeichnet hier nur die Größe der PPC Moleküle. Die Injektionslösung wird direkt in die zu behandelnden Fettpolster injiziert.

Die Rezeptur mit Nano PPC 500 wird in Deutschland im Rahmen der Eigenherstellung von einer Apotheke als Rezepturarzneimittel hergestellt. Eine Anästhesie ist in der Regel nicht notwendig. Überdosierungs- und Vergiftungserscheinungen sind bisher nicht bekannt. Die Behandlungsabstände betragen 2-4 Wochen. Die Anzahl der Behandlungen kann je nach Patient und Körperregion 1 - 4 Sitzungen betragen. Eine Garantie auf Erfolge gibt es wie bei allen ästhetischen Therapien nicht. Ihre Krankenkasse wird die Kosten der Therapie nicht übernehmen.

Zu der an mir vorgesehenen Injektions-Lipolyse Behandlung bin ich über folgende Kontraindikationen, Gegenanzeigen und Nebenwirkungen aufgeklärt worden:

Absolute Kontraindikation: (dürfen nicht behandelt werden)

- Kinder, Schwangerschaft, stillende Mütter;
- Diabetiker (Blutzuckerkrankheit) mit Gefäßerkrankungen (Mikroangiopathien)

Gegenanzeigen: (d.h. bei Vorliegen dieser Erkrankungen ist höchste Vorsicht geboten: Sie müssen uns daher schon bei begründetem Verdacht über diese Gefahren informieren!)

- Autoimmunerkrankungen (z. B. Sklerodermie)
- schwere Lebererkrankungen
- akute Infektionen und chron. Infektionsgefahr
- schwere Fettleibigkeit (Adipositas per magna BMI > 30)
- bekannter Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe
- schwerwiegende Nierenerkrankungen,
- Allergien
- Blutgerinnungsstörungen

Allgemeines Risiko einer Injektion:

- Nervschäden, die evtl. dauerhaft sein können
- Infektion mit anschließender Narbenbildung, z.B. Spritzenabszeß

Erwartete Nebenwirkungen:

- Schwellung, Rötung und Erwärmung der Injektionsstelle
- Hämatome (Bluterguß)
- Druckempfindlichkeit
- Schmerzen im Behandlungsbereich
- Juckreiz

Mögliche Nebenwirkungen (des Körpers):

- Rötungen, die auch andauernd sein können
- Knotenbildung, die auch dauerhaft bestehen bleiben kann
- Dellen durch ungleichmäßige Fettreduktion
- Vegetative Störungen wie kurzzeitige Kreislaufschwäche, vermehrte Schweißbildung, Übelkeit
- Durchfälle (selten)
- Zwischenblutung (bei Frauen)
- allergische Reaktionen (sehr selten) wie Nesselsucht, Asthma bronchiale, Schocksymptomatik
- Hyperpigmentierungen (bis zu mehrere Monate)
- Allergische Reaktionen, selten (nach ca. 7-14 Tagen)

Weitere mögliche Nebenwirkung:

- bei mangelnder Durchblutung des Gewebes (z.B. nach Fettabsaugungen) ist eine Nekrosenbildung (selten) nicht vollständig auszuschließen

Desweiteren wurden mit mir folgende Sachverhalte besprochen:

Über mögliche alternative Therapien wie eine Diätische Maßnahme, Fitnessstraining oder eine operative Korrektur (z.B. Fettabsaugung) bin ich ausführlich informiert worden. Keine davon möchte ich anwenden oder anwenden lassen.

Persönliche Erklärung:

Ich bin mir bewußt, daß es sich um eine nicht erforschte Methode handelt und dass der Wirkstoff Phosphatidylcholin bisher nicht zur Fettreduktion zugelassen ist. Auch die Wirkdauer und die Erfolgsaussichten dieser Injektions-Lipolyse mit Nano PPC 500 sind noch nicht über einen längeren Zeitraum erforscht, so daß Studien zu Risikohäufigkeiten sowie über einen bleibenden Erfolg bzw. über die Dauer der Wirkung noch nicht existieren. Ich habe den Aufklärungsbogen sorgfältig durchgelesen und verstanden. Im Aufklärungsgespräch wurde mir die Behandlung einschließlich möglicher Alternativen ausführlich erklärt. Ich hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung zu treffen. Mir ist bewusst, dass die subkutane Injektion von Phosphatidylcholin in das Fettgewebe eine neue, von den Zulassungsbehörden noch nicht zugelassene ästhetische Behandlung darstellt. Wie in allen ästhetisch-medizinischen Bereichen gibt es, zwar selten, auch unzureichende Ergebnisse. Eine Garantie auf ein bestimmtes Ergebnis kann nicht gegeben werden. Es ist in seltenen Fällen möglich, dass die Therapie nicht adäquat anspricht (sog. Therapieversager!). Die Ursachen dafür basieren auf unterschiedlichen Gründen. Mir ist bewusst, dass auch in diesem Fall das Honorar für die erbrachte Behandlung mir persönlich in Rechnung gestellt werden wird und beglichen werden muss. Ich habe die Möglichkeit gehabt, alle die in diesem Aufklärungsbogen beschriebenen Inhalte mit einem Arzt zu besprechen. Aufgrund des Aufklärungsgesprächs am _____ erkläre ich mich bereit, die Injektions-Lipolyse durchführen zu lassen.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr: (bitte ankreuzen)

Patient: _____ vorgesehene Körperregion: _____

vorgesehene Behandlungstermine: _____ / _____ / _____ / _____

Kosten pro Behandlung: 1. _____ 2. _____ 3. _____ Gesamt _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt

Bei Verwendung dieser Vorlage ist eine Haftung durch das NETWORK-Globalhealth / NETZWERK-Lipolyse ausgeschlossen.



Zusatzinformation zur Risikoaufklärung

Wirkstoffe der Injektions-Lipolyse mit Nano-PPC 500

Bestandteile je 10 ml:

Nano-Polyenylphosphatidylcholin 500 mg, Glycyrrhizinsäure 200 mg, Maltosemonohydrat q.s., Ethanol 0,125ml, NaOH q.s.

Die Wirkstoffe und auch ihre Wirkung in der Injektions-Lipolyse sind mittlerweile gut untersucht und durch viele Publikationen zu ihrer Wirkung vielen Ärzten bekannt geworden.

(Eine Übersicht der Publikationen finden sie hier: <http://network-globalhealth.com/network-globalhealth/forphysicians/network-lipolyse#Publications>)

Defekturarzneimittel

Seit 2020 wird das ursprünglich in Russland zugelassene Medikament von dafür ausgerüsteten Apotheken nachgebaut. Es handelt sich dabei um ein so genanntes Defekturarzneimittel. Als Defekturarzneimittel werden Arzneimittel bezeichnet, die in Mengen bis zu einhundert abgabefertigen Packungen pro Tag in Apotheken selbst hergestellt werden, ohne dass es dafür nach dem deutschen Arzneimittelgesetz einer Herstellungserlaubnis oder Arzneimittelzulassung bedarf.

Zur Kenntnis genommen

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in



Abrechnung und Datenschutz

Hinweise zur Abrechnung

Es handelt sich bei der Injektions-Lipolyse um eine ästhetisch-medizinische Therapie, die nicht durch Krankenkassen bezahlt wird, sondern die Kosten müssen vom Patienten selbst getragen werden.

Die Berechnung der durchgeführten Leistungen erfolgt nach der derzeit gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), soweit es sich um ärztliche Leistungen handelt.

Auf Wunsch erstellen wir Ihnen einen detaillierten Kostenvoranschlag. Die zu erwartenden Kosten werden in der Risikoaufklärung aufgeführt.

Mit der Berechnung nach der GOÄ bin ich einverstanden.

Diese Einwilligung besteht für den gesamten Behandlungszeitraum bis auf Widerruf.

Zur Kenntnis genommen

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Einwilligung Datenschutz

Ich bin damit Einverstanden, dass meine Daten und die Behandlungsdokumentation anonym ohne Verwertung persönlicher Daten wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen.

Diese Einwilligung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in



Behandlungsdokumentation Gesicht/Hals

Datum: _____ NETZWERK-Arzt-Nr: _____ Pat.-Nr.: _____

Geschlecht: männlich Geburtsjahr/Alter: _____ / _____ Lokalisation: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Voraussichtliche Anzahl von Sitzungen: _____

Befund: _____

PSM-AfterCare Gel: 1 Mhz Ultraschall: Compound: Pur:

Bromelain/Papain Enzym: Anderes: _____ Charge: _____

Sitzung: _____ Fotodokumentation <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> n	
Am:	
Maße in cm:	
Wo gemessen:	
Injizierte Menge (ml)	
Multiinjektor: <input type="checkbox"/> 3er <input type="checkbox"/> 5er Gerade <input type="checkbox"/> 5er Rund	
Schmerzen (Dauer in Tagen)	
Hämatome (Dauer in Tagen)	
Juckreiz (Dauer in Tagen)	
Brennen (Dauer in Tagen)	
Rötung (Dauer in Tagen)	
Schwellung (Dauer in Tagen)	
Druckempfindlichkeit (in Tagen)	
Dellen (Dauer in Tagen)	
Verhärtungen – Knotenbildung	
Sonstige: _____	



Patientenzufriedenheit: sehr zufrieden zufrieden weniger zufrieden

Beurteilung des Behandlungserfolges:

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt



Behandlungsdokumentation Körper Vorderseite

Datum: _____ NETZWERK-Arzt-Nr: _____ Pat.-Nr.: _____

Geschlecht: männlich Geburtsjahr/Alter: _____ / _____ Lokalisation: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Voraussichtliche Anzahl von Sitzungen: _____

Befund: _____

PSM-AfterCare Gel: 1Mhz Ultraschall: Compound: Pur:

Bromelain/Papain Enzym: Anderes: _____ Charge: _____

Sitzung: _____ Fotodokumentation <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> n	
Am: _____	
Maße in cm: _____	
Wo gemessen: _____	
Injizierte Menge (ml)	_____
Multiinjektor: <input type="checkbox"/> 3er <input type="checkbox"/> 5er Gerade <input type="checkbox"/> 5er Rund	
Schmerzen	(Dauer in Tagen) _____
Hämatome	(Dauer in Tagen) _____
Juckreiz	(Dauer in Tagen) _____
Brennen	(Dauer in Tagen) _____
Rötung	(Dauer in Tagen) _____
Schwellung	(Dauer in Tagen) _____
Druckempfindlichkeit	(in Tagen) _____
Dellen	(Dauer in Tagen) _____
Verhärtungen – Knotenbildung _____	
Sonstige: _____	



Patientenzufriedenheit: sehr zufrieden zufrieden weniger zufrieden

Beurteilung des Behandlungserfolges:

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt



Behandlungsdokumentation Körper Rückseite

Datum: _____ NETZWERK-Arzt-Nr: _____ Pat.-Nr.: _____

Geschlecht: männlich Geburtsjahr/Alter: _____ / _____ Lokalisation: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm Voraussichtliche Anzahl von Sitzungen: _____

Befund: _____

PSM-AfterCare Gel: 1Mhz Ultraschall: Compound: Pur:

Bromelain/Papain Enzym: Anderes: _____ Charge: _____

Sitzung: _____ Fotodokumentation <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/> n	
Am: _____	
Maße in cm: _____	
Wo gemessen: _____	
Injizierte Menge (ml)	_____
Multiinjektor: <input type="checkbox"/> 3er <input type="checkbox"/> 5er Gerade <input type="checkbox"/> 5er Rund	
Schmerzen (Dauer in Tagen)	_____
Hämatome (Dauer in Tagen)	_____
Juckreiz (Dauer in Tagen)	_____
Brennen (Dauer in Tagen)	_____
Rötung (Dauer in Tagen)	_____
Schwellung (Dauer in Tagen)	_____
Druckempfindlichkeit (in Tagen)	_____
Dellen (Dauer in Tagen)	_____
Verhärtungen – Knotenbildung	_____
Sonstige: _____	



Patientenzufriedenheit: sehr zufrieden zufrieden weniger zufrieden

Beurteilung des Behandlungserfolges:

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt



Foto-Dokumentation