



# Behandlungsformulare für die Lipolyse-Behandlung

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

### 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 Hasengschwandtner, hat zwischen 2003 und 2013 über 10.000 Behandlungen 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 Fettembolien und zur Senkung von Blutfetten gegeben. Oral wird es unter anderem als Lebermedikament bei Leberverfettung verabreicht. Bei diesem Anwendungsgebiet sind keinerlei Nebenwirkungen bekannt. Zusätzlich wird, zur Verringerung der bekannten und erwarteten Therapie-Nebenwirkungen, eine in NaCl (Kochsalz- Lösung 0,9%) verdünnende Kombination aus VitB2 (Riboflavin), VitB3 (Nicotinamid) und VitB6 (Pyridoxin) gegeben.

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. Auch der Erfolg der Injektions-Lipolyse ist dauerhaft, er tritt nur nicht direkt ein, sondern zeitlich verzögert. Nachuntersuchte Patienten zeigten nach sieben Jahren immer noch eine deutliche Verminderung des Umfangs. Die Therapie ist für Patienten geeignet, die sich keinesfalls einem operativen Eingriff unterziehen wollen oder können.

**Eine umfangreiche Auflistung aller Studien und Publikationen finden Sie hier:**

**<http://netzwerk-lipolyse.de/network-globalhealth/forphysicians/network-lipolyse#Publications>**

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 ist gedacht für kleine umschriebene Fettpolster bzw. zur gemäßigten Fettreduktion oder auch für gutartige Fettgeschwülste (Lipome) bei Patienten, die sich aus den verschiedensten Gründen nicht operieren lassen möchten. Phosphatidylcholin mit DL- alfa-tocopherol (VitE) und seinem Lösungsmittel Desoxycholsäure (Gallensäure), und eine, in einer physiologischen Kochsalzlösung (0,9%) verdünnende Kombination aus VitB2 (Riboflavin), VitB3 (Nicotinamid), und VitB6 (Pyridoxin), werden direkt in die zu behandelnden Fettpolster injiziert. Eine Anästhesie ist in der Regel nicht notwendig. Überdosierungs- und Vergiftungserscheinungen sind bisher nicht bekannt. Die Behandlungsabstände betragen 8 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 Gefäßkrankungen (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, Fitnesstraining 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 Wirkungsdauer und die Erfolgsaussichten dieser Injektions-Lipolyse 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. Der Wirkstoff war für den intravenösen Gebrauch zur Auflösung von Fettpartikeln in der Blutbahn zugelassen, bei der Injektionslipolyse wird er aber ins Fettgewebe gespritzt. 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



## Zusatzinformation zur Risikoaufklärung

### Wirkstoffe der Injektions-Lipolyse

In der Injektionslösung sind zwei Wirkstoffe enthalten: Phosphatidylcholin oder Lecithin und Desoxycholsäure, eine Gallensäure, die ursprünglich enthalten war für die Auflösung des Phosphatidylcholins.

Bis 2009 war diese Wirkstofflösung mehr als 30 Jahre lang zugelassen in Deutschland als Medikament für die Behandlung von Fettembolien und als Leberschutzpräparat unter den Markennamen Lipostabil® N und Essentiale. Auch heute noch ist dieser Wirkstoff in vielen Ländern zugelassen.

Die Zulassung wurde im Rahmen eines Nachzulassungsverfahrens dem Vertrieb von Lipostabil aus rein formalen Gründen 2009 verweigert.

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>)

### Off-Label Use

Bis 2009 wurde Lipostabil® N für die Injektions-Lipolyse verwendet. Da es für die subkutane Injektion zur Auflösung des Unterhautfettes nicht zugelassen war, wurde es in einem so genannten Off-Label Use eingesetzt, d.h. es wurde eingesetzt für eine andere Indikation als die, für die es zugelassen war (statt Fettembolie dann Fettabschmelzung). Der Off-Label Use ist eine legale Möglichkeit, die Ärzte haben und er wird für viele verschiedene Erkrankungen eingesetzt, beispielsweise in der Krebstherapie und Kinderheilkunde. Auch in der Ästhetik werden Neuromodulatoren zur Faltenbehandlung oft in Regionen eingesetzt, für die sie (noch) nicht zugelassen sind.

### Defekturarzneimittel

Seit 2010 wird das ursprüngliche 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.

Bei der Lipolyse haben wir es somit mit einer von der Apotheke hergestellten Rezeptur oder Defektur zu tun, die immer noch Off-Label, d.h. nicht für die ursprünglich vorgesehene Indikation eingesetzt wird.

Nicht zugelassene Defekturarzneimittel bedürfen einer schonungslosen Aufklärung über alle Risiken und Nebenwirkungen. Dazu liegen umfangreiche Daten vor. Alle bekannten Nebenwirkungen und Risiken wurden in der Risikoaufklärung behandelt und ausführlich mündlich mit Ihnen besprochen.

### Kontraindikationen

5 ml der Rezeptur enthalten Phospholipide aus Sojabohnen enthaltend 93 % Polyenylphosphatidylcholin 250 mg, Desoxycholsäure 125 mg, Benzylalkohol (Konservierungsmittel) 45 mg, Sowie Natriumchlorid, Natriumhydroxid, DL-alphaTocopherol, Ethanol, Wasser für Injektionszwecke. Die Rezeptur darf nicht angewandt werden bei bekannter Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe der Rezeptur.

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:  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 Vorderseite

Datum: \_\_\_\_\_ NETZWERK-Arzt-Nr: \_\_\_\_\_ Pat.-Nr.: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich Geburtsjahr/Alter: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lokalisation: \_\_\_\_\_

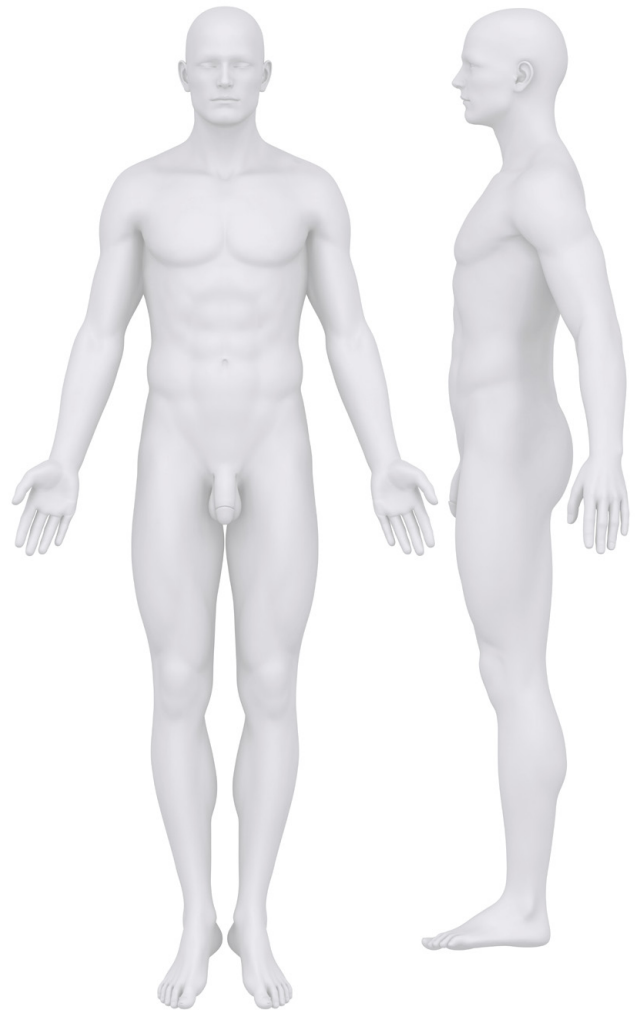
Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm Voraussichtliche Anzahl von Sitzungen: \_\_\_\_\_

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 Rückseite

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



# Foto-Dokumentation