



[Dr. Westhoff | Rotkreuzplatz 1 | 80634 München](#)

Patientenaufklärungsbogen
für die
Therapie
mit autologem Plasma (ACP/PRP)

Sprechstunde

Mo - Do 8 - 12:30 Uhr

14 - 18 Uhr

Fr 8 - 12 Uhr

und nach Vereinbarung

www.dr-westhoff.de

Liebe Patientinnen und Patienten,

bei Ihnen ist aufgrund einer Erkrankung der Gelenke, Bänder, Sehnen oder Muskeln die Behandlung mit körpereigenem Blutplasma vorgesehen. Es handelt sich hierbei um ein etabliertes Behandlungsverfahren, das für Verletzung an o.g. Strukturen am Bewegungsapparat eingesetzt wird. Die im Blut enthaltenen Faktoren beeinflussen die Heilungsvorgänge positiv und in Anwendungsbeobachtungen bzw. Studien konnte die Wirkung von sog. autologen Plasma gezeigt werden.

Im ersten Behandlungsschritt wird Ihnen dazu venöses Blut abgenommen und anschließend durch ein spezielles Aufbereitungsverfahren der Teil des Blutes gewonnen, der verschiedene körpereigene wachstums- und heilungsfördernde Eiweiße (sog. Endogene Wachstumsfaktoren) in konzentrierter Form enthält. Die so gewonnene körpereigene Eiweißlösung wird daraufhin in das erkrankte Organ oder Gewebe (ggf. sonographisch gesteuert) appliziert, um den Heilungsprozess zu unterstützen bzw. zu beschleunigen.

Durch die Blutabnahme sowie Applikation des ACP/PRP sind keine speziellen Risiken oder Nebenwirkungen zu erwarten. Die Inhaltsstoffe entstammen Ihrem eigenen Blut, sodass keine der bei körperfremden Materialien bekannte Reaktion auftreten können. Durch den Einsatz von Kanüle/Injektionsnadel kann es theoretisch zu einer Verletzung anderer Strukturen wie Gefäße und/oder Nerven kommen oder eine Infektion auftreten. Hinweise darauf sind zunehmende Schmerzen, Schwellung, Rötung bzw. Überwärmung. Sollten solche Symptome auftreten benachrichtigen Sie umgehend Ihren behandelnden Arzt oder suchen eine Krankenhausambulanz auf, um Ihr Gelenk untersuchen zu lassen.

Detaillierte Angaben und Erklärungen erhalten Sie von Ihrem behandelnden Arzt.

Die entsprechenden Sachkosten und ärztlichen Leistungen werden Ihnen gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privat in Rechnung gestellt. Unabhängig von der Erstattung durch Ihre private oder gesetzliche Krankenversicherung ist aber die Zahlung der Rechnung an die Praxis fällig.

Einwilligungserklärung des Patienten zur Therapie mit autologem Plasma (ACP/PRP):

Aufklärender Arzt: Dr. med. Jörn Westhoff

Ich, Nachname, Vorname, Geb.: XX.XX.XXXX – erkläre, dass:

1. Ich den Aufklärungsbogen vollständig gelesen habe bzw. er mir vorgelesen wurde und ich hinreichend aufgeklärt wurde.
2. Mir die Gelegenheit gegeben wurde, einen der behandelnden Ärzte Fragen zu stellen, die zufriedenstellend beantwortet wurden.
3. Ich für meine Unterlagen eine unterschriebene Kopie des Aufklärungsbogens erhalten habe
4. Ich mit der vorgeschlagenen Therapie einverstanden bin und über alternative Behandlungsmethoden aufgeklärt wurde.

Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist (sind) möglicherweise nicht Bestandteil der privaten Krankenversicherung. Für die von mir gewünschte(n) Leistung(en) bin ich deshalb selbst zahlungspflichtig. Die Liquidation erfolgt nach GOÄ.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Vertreters

Unterschrift Arzt