

# Fragebogen zur Blutegelbehandlung

**Liebe Klientin, lieber Klient,** bitte bringen Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen mit zu Ihrer Blutegelbehandlung.

Bitte geben Sie alle Ihre Erkrankungen und Medikamente an. Diese Informationen sind sehr wichtig, um zu sehen, ob für Sie eine Blutegelbehandlung in Frage kommt.

## Welche Erkrankungen liegen bei Ihnen vor?

---

---

---

- Besteht bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. bei kleinen Verletzungen)?

nein ja

## Welche Medikamente nehmen Sie ein?

---

---

---

- Bekommen Sie leicht blaue Flecken?

nein ja

## Welche Beschwerden möchten sie mit Blutegeln behandeln lassen?

---

---

---

- Nehmen Sie blutungsgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Macumar, Aspirin) ein?

nein ja

- Ist eine Allergie gegen Blutegel bekannt?

nein ja

- Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Stillen Sie?

nein ja

- Bestehen bei Ihnen Allergien (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Überempfindlichkeitsreaktionen (Pflaster, Medikamente usw.)?

nein ja

- Besteht bei Ihnen die Neigung zu einer verstärkten Narbenbildung?

nein ja

wenn ja, welche?

---

---

---

- Besteht bei Ihnen Blutarmut (Anämie)?

nein ja

- Nehmen Sie Medikamente ein, die Ihr Abwehrsystem schwächen (z.B. Kortison, Rheumamittel)?

nein                    ja

wenn ja, welche?

---

---

---

- Haben Sie eine Grunderkrankung, durch die Ihr Abwehrsystem stark geschwächt ist?

nein                    ja

wenn ja, welche?

---

---

---

**Gerne stehe ich Ihnen für weitere Fragen unter der folgenden Rufnummer zur Verfügung: 0761 458 953 43 oder mobil 0179 12 22 021**

**Einverständniserklärung**

In einem individuellen Aufklärungsgespräch und/oder Informationsabend mit Frau Hils, wurde ich über die vorgesehene Blutegeltherapie und eventuell notwendige weitere Maßnahmen ausführlich informiert. In diesem Gespräch konnte ich alle für mich wichtigen Fragen zur Blutegeltherapie stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend aufgeklärt** und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein.

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift