

Patienteninformation zur Behandlung mit Blutegeln

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieses Blatt soll zur Vorbereitung der Blutegelbehandlung dienen. Durch dieses Informationsblatt sollen wichtige Fragen zur Durchführung, zu typischen Reaktionen und möglichen Folgen im Zusammenhang mit der Behandlung mit Blutegeln erläutert werden. Noch bestehende Fragen werden vor der Behandlung geklärt. Am Ende des Gespräches erbitten wir eine schriftliche Einwilligung zu der vorgesehenen Behandlung.

Was kann durch die Behandlung bewirkt werden?

Der Blutegel ist ein Tier, welches in die Gruppe der Ringelwürmer gehört. Er ist mit den Ihnen bekannten Regenwürmern eng verwandt. Im Unterschied zu diesen ernährt er sich durch das Saugen von Gewebeflüssigkeiten aller Art. Bei einem Biss durch den Egel wird aber nicht nur gesaugt, sondern zusätzlich ein Sekret des Egels in die Bissstelle gegeben, was für die medizinische Anwendung besonders wichtig ist. Im Sekret befinden sich Stoffe, die nur der Egel in der Lage ist herzustellen. Diese bewirken u. a. eine Gerinnungshemmung, die zur Verbesserung der Fließeigenschaften des Blutes und der Lymphflüssigkeit führt. Dadurch wird eingedicktes Blut wieder verflüssigt, Blutergüsse und Schwellungen können gezielt behandelt werden. Daneben wirkt das Sekret der Egel auch auf die Gefässwand von Blut- und Lymphgefässen sowie auf bestimmte Blutkörperchen, die für die Gerinnung von Blut verantwortlich sind. Durch die Anwendung von Egelsekret kann einer Thrombose vorgebeugt werden. Schon bestehende Blutgerinnsel werden durch das Sekret aufgelöst. Sehr häufig kommt es zum Rückgang von Schmerzen nach einer Behandlung mit Blutegeln. Zusätzlich wird eine Entwässerung und ein Abfluss von Gewebsgiften bewirkt. Diese sind mit einem kleinen Blutverlust verbunden, der für den Patienten nicht gefährlich ist. Jedoch dient er dem Körper als Reiz für die Neubildung von Blut im Knochenmark. Die zur Anwendung bestimmten Tiere stammen aus einer streng kontrollierten Zucht speziell für medizinische Zwecke.

Wie läuft die Blutegelbehandlung ab?

Die Dauer der Behandlung liegt zwischen einer und zwei Stunden. Die Anzahl der zu verwendenden Blutegel richtet sich nach dem Ausmaß der betroffenen Körperstelle. Festlegungen dazu trifft der Therapeut. Zunächst verspürt der Patient an der Bissstelle ein Brennen, vergleichbar mit der Berührung einer Brennnessel. Dieses lässt rasch nach. Dann beginnen bereits der Saugvorgang des Egels und die beabsichtigte Abgabe des Sekretes in die Wunde. In der nun folgenden Zeit bleibt der Egel an der Bissstelle festsitzen und kann nicht ohne weiteres entfernt werden. Erst wenn der Egel „satt“ ist, lässt er von selbst los und fällt ab. Das in die kleine Bisswunde abgesonderte Sekret bewirkt danach einen anhaltenden Abfluss von Blut- und Lymphflüssigkeit. Deshalb erfolgt die Anlage von saugenden Verbänden. Diese „Blutungen“ können bis zu 24 Stunden anhalten. Je intensiver diese sind, desto grösser ist die zu erwartende Wirkung! Der Verband wird mehrfach und nach Vereinbarung mit dem Therapeuten erneuert. Durch den Biss des Egels werden kleine Hautwunden verursacht, welche in der Regel ohne eine spezielle Behandlung verheilen.

An der vorgesehenen Behandlungsstelle sollten wenigstens einen Tag zuvor keine Duftstoffe (Kosmetika, Seife, Salben, Duschgel, Rasierwasser) aufgebracht werden. Durch diese Stoffe wird der Biss des Egels sehr erschwert oder sogar vollständig unmöglich.

Es treten im Zusammenhang mit der Behandlung folgende Effekte auf:

- **Nachblutungen aus der Bissstelle** (bis zu 24 Stunden) – die Nachblutung gehört zum gewünschten Behandlungsziel und wird durch geeignete Verbände versorgt. Bei über die übliche Zeit hinausgehenden Blutungen sollte der behandelnde Therapeut aufgesucht werden.

- **Veränderungen an der Bissstelle** – Möglich ist eine geringe Schwellung, Rötung und Juckreiz an der Bissstelle oder der Umgebung. Manchmal tritt ein begrenzter Bluterguss auf. Diese Erscheinungen gehen im Verlauf einer Woche vollständig zurück.

Blutegeltherapie Praxis Calandra ▫ Patricia Calandra

- - **Kreislaufreaktionen** – selten treten leichte Kreislaufreaktionen auf. Vorbeugend ist reichlich zu trinken und die Einhaltung der Ruhe für den Tag der Behandlung und den Folgetag. Eine spezielle Behandlung mit Medikamenten muss zuvor mit dem Therapeuten besprochen werden.
- - **Selten:** - Infektion (Hautinfektion),- Vorübergehende Lymphknotenschwellung;- Pigmentstörungen;- Vernarbungen an der Bissstelle;- Vereinzelt vorübergehende Anschwellung des behandelten Körperteils, Arm oder Bein

Was ist nach der Behandlung mit Blutegeln zu beachten?

Der angelegte Verband soll regelmässig gewechselt werden. Ruhen Sie einige Stunden und vermeiden Sie körperliche Arbeit oder sportliche Betätigung bis zum folgenden Tag. Nehmen Sie genügend Flüssigkeit zu sich (z. Bsp. Wasser, Tee, Fruchtsäfte). Alkoholische Getränke sind nicht zu empfehlen. An den Bissstellen kann Juckreiz auftreten. Kratzen und die Berührung der Bissstellen sind wegen einer Infektionsgefahr unbedingt zu vermeiden!

Bei starkem Juckreiz sollen die Wunden mit einem antiallergischem Produkt (z.B. Spagyrik, Weihrauchgel) behandelt werden.

Blutegelbehandlungen dürfen nicht durchgeführt werden bei (Kontraindikationen):

- Blutgerinnungsstörungen durch Medikamente (z.B. Marcumar®)
- Blutern (Hämophile), hämatologische Erkrankungen
- Akute Magengeschwüre und erosiver Gastritis
- Blutarmut (Anämie)
- Immunschwäche (AIDS, Chemotherapie...)
- Schwere chronische Erkrankungen (fortgeschrittene Krebserkrankung, Dialyse u.a.)
- Bekannten ausgeprägten Wundheilungsstörungen (z.B. bei schlecht eingestelltem Diabetes mellitus, erheblichem Übergewicht, Cortison-Dauertherapie)
- Bekannten Allergien gegen Blutegel-Inhaltsstoffen
- Neigung zu Keloidbildung, überschüssiger Narbenbildung
- Einnahme von Methotrexat, muss mit Arzt abgesprochen werden und am besten schriftlich bestätigen lassen

Da die Blutegel (CHF 20.- pro Stück) für die entsprechende Behandlung bestellt werden, werden diese trotzdem verrechnet auch wenn der Termin 48 Stunden vorher abgesagt wurde.

Einverständniserklärung:

Ich bin mit der bei mir geplanten Blutegelbehandlung und Nachbehandlung einverstanden. Über die möglichen Nebenwirkungen bin ich von Frau Patricia Calandra aufgeklärt worden. Bei mir sind keine der o.g. Kontraindikationen bekannt.

Ich habe die Patienteninformation und Vorinformation zur Blutegeltherapie gelesen und verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten



Bitte in Blockschrift ausfüllen *Diese Angaben werden zwingend gebraucht.

Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	Vorname*	Nachname*	
Strasse*		PLZ*	Ort*
Tel. Mobil*		Tel. Geschäft	Geb Datum*
Tel. Privat*		E-Mail*	
Zuweisender Arzt *		Adresse	
Krankenkasse* (Grundversicherung):			
Haben Sie eine Zusatzversicherung) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Rechnungskopie per Email versenden* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>Per 1.1.22 sind alle Dienstleister im Gesundheitswesen gesetzlich verpflichtet, ihren Patienten/innen eine Rechnungskopie zukommen zu lassen</small>			
Franchise: <input type="checkbox"/> 300.- <input type="checkbox"/> 500.- <input type="checkbox"/> 1'000.- <input type="checkbox"/> 1'500.- <input type="checkbox"/> 2'000.- <input type="checkbox"/> 2'500.-		<input type="checkbox"/> Kind (unter 18 Jahre)	
Bevorzugte Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> Festnetz, <input type="checkbox"/> Mobil, <input type="checkbox"/> Email, Anders: _____			

Bei **Unfall** die nachfolgenden Felder zusätzlich ausfüllen

Name der Unfallversicherung:	Unfalldatum:
Policen- / Schadennummer:	

Wie haben Sie von uns erfahren?

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Empfehlung von Freunden/Bekannte	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Andere Variante (welche):
Waren Bewertungen im Internet (z. Bsp Google reviews) für Sie wichtig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht			

Einverständniserklärung

Mein/e PhysiotherapeutIn wird von mir bevollmächtigt:

- medizinische Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, mit den zuweisenden und behandelnden Ärzten sowie Vertrauensärzten der Kostenträger auszutauschen.
- falls die Rechnung der Behandlung nicht beglichen wird, die erforderlichen persönlichen Behandlungsdaten sowohl an die rechnungsstellende und die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, als auch den beauftragten Rechtsanwalt und die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.
- nicht-öffentliche Listen mit säumigen Zahlern anzulegen, welche er/sie mit anderen PhysiotherapeutInnen austauschen darf.

Vereinbarte Behandlungstermine, welche von mir nicht wahrgenommen und nicht mindestens 48 Stunden (auch im Krankheitsfall) vor dem Termin abgesagt wurden, werden mir privat (ohne Anspruch auf Rückerstattung durch die Krankenkassen) in Rechnung gestellt. Alle Behandlungskosten, die von meiner Versicherung/ KK nicht gezahlt werden, übernehme ich vollständig selbst.

Es ist Schweizer Recht anwendbar.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patientin/Patienten

.....

.....

Bitte wenden

ERWEITERTER BEFUNDFRAGEBOGEN

Um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Falls eine Frage unklar ist, lassen Sie sie einfach aus. Wir schauen sie uns später gemeinsam an. Vielen Dank!

Hobbys	Beruf
--------	-------

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Bitte ankreuzen.		
Covid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Long Covid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Art?
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Thrombosen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Depression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anfallsleiden, Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere		
Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, hoffnungslos oder depressiv gefühlt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie sich im letzten Monat für nichts interessiert und an nichts Freude gefunden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie jemals von Ihrem Partner oder einer anderen Ihnen nahestehenden Person bedroht verletzt oder eingeschüchtert worden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte wenden 

Allergien:	
Sind Sie allergisch gegen Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Reagieren Sie empfindlich auf Latex?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere Allergien, die für die Behandlung wichtig sein könnten?	

Sind sie bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?			
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Psychiater / Psychologe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteopath	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Physiotherapeut	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Chiropraktiker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere:			
Datum der letzten Untersuchung:			
Gehen Sie zu den altersentsprechenden Vorsorgeuntersuchungen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Beschwerden bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, um welche ging es?			

Bitte nennen Sie alle bei Ihnen durchgeführten Operationen und jeden Krankenhausaufenthalt mit Grund und ungefährem Datum:
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Bitte nennen Sie alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (zum Beispiel Knochenbrüche, Bandverletzungen und das ungefähre Datum der Verletzung:	
Datum	Verletzung

Wurde eines Ihrer Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? Bitte ankreuzen.			
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Krebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Depression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Entzündliche Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		



Bitte wenden

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?			
Aspirin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vitamine, Mineralien (Nahrungsergänzungen)	<input type="checkbox"/> Verordnet <input type="checkbox"/> Nicht verordnet
Paracetamol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflanzliche Mittel	<input type="checkbox"/> Verordnet <input type="checkbox"/> Nicht verordnet
Ibuprofen, Diclofenac etc.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Andere, nicht verordnete Mittel:	
Medikamente gegen Magengeschwüre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster etc.):
1.
2.
3.
4.
5.
6.

Genussmittel	
Wie viel Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie pro Tag?	
Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?__ Seit wie vielen Jahren?	
Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?	
An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?	
Wie viele Gläser Bier, Wein oder Ähnliches trinken Sie an diesen Tagen?	

Bitte kreuzen Sie aktuelle Beschwerden an, die für Sie neu, ungewöhnlich oder atypisch sind:			
Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Gelenk-, Muskelschwellung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Unerklärliche Hämatome (blaue Flecken)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Starke Blutung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Regelmässiges Husten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zittern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Arm-, Beinschwellung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Doppelbilder sehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verlust der Sehschärfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gerötete Augen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hautauschlag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Klimakterium, Wechseljahre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Störungen in der Sexualfunktion	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Probleme beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nächtliches Schwitzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	(mögliche) Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stress bei der Arbeit oder zu Hause	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		