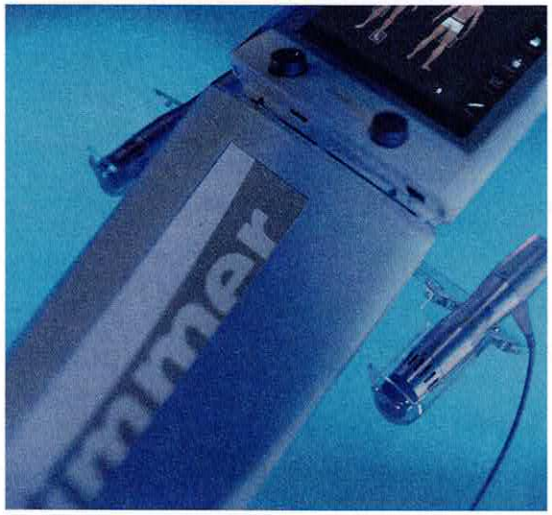
Zimmer
MedizinSysteme

Radiale Stoßwellentherapie

mit mechanischen Stoßwellen gegen den Schmerz



Stoßwellen, im Prinzip mechanische Druckwellen, die direkt auf das Gewebe einwirken, sind ein weitverbreitetes Verfahren zur Behandlung von verschiedenen Problemen an Muskeln, Sehnen und Sehnenansatzstellen.

Ursprünglich eingesetzt für die operationsfreie Zerstörung von Nierensteinen hat sich die Therapie mit elektromagnetisch erzeugten Hoch-Energie-Pulsen zu einem effizienten Verfahren bei orthopädischen Problemen entwickelt.

Zielrichtung der Behandlung und damit der gewünschten positiven Beeinflussung sind:

- Schmerzreduktion
- Beseitigung der Schmerzursache
- Beeinflussung des Muskeltonus
- Anregung des Zellstoffwechsels
- Funktionsverbesserung von Gewebestrukturen
- Aktivierung von Regenerationsprozessen

Allgemeine Indikationen:

- Schulterbeschwerden
- Tennisellbogen
- Fersensporn
- Achillessehnenbeschwerden
- Muskuläre Triggerpunkte mit ausstrahlenden Schmerzen
- Shin-Splints/ Tibia-Stress-Syndrom
- Patellaspitzensydrom

Nebenwirkungen:

Durch die Behandlung mit Stoßwellen kann es gelegentlich zu Hautreizungen, Rötungen, Petechien (punkt-förmige Einblutungen), Hämatomen (sog. „blaue Flecken"), Schwellungen oder Schmerzen kommen.

Allgemeine Kontraindikationen:

- vaskuläre Erkrankungen im bzw. in der Nähe des Behandlungsgebietes
- Offene Wunden im bzw. in der Nähe des Behandlungsgebiets
- im Bereich maligner / benigner Tumore
- Anwendung direkt auf Knorpelflächen o. im Bereich der kleinen FAcettengelenken der Wirbelsäule
- über implantierten elektronischen Geräten, z. B. Herzschrittmachern, Schmerzpumpen etc.
- in Bereichen, bei denen mechanische Energie in Form von Vibrationen bzw. Stößen Beschädigungen des Gewebes zur Folge haben kann, z. B. bei Metallversorgung
- nach Fraktur, bei Muskelfaserrissen oder Muskelrissen
- Blutgerinnungsstörungen oder Behandlungen, die eine Veränderung der Blutgerinnung zur Folge haben
- Schwangerschaft
- neurologische Erkrankungen mit Störung der Vasomotorik im Behandlungsgebiet
- bei Kindern, vor allem im Bereich der Epiphysenfugen
- Anwendung direkt auf Knorpelflächen oder im Bereich der kleinen Facettengelenke der Wirbelsäule
- Behandlungen über luftgefüllten Räumen (z.B. Brustwirbelsäule)
- generalisierte Schmerzsyndrome (z.B Fibromylagie)

Aufklärungsgespräch Einwilligung

Praxis

Bitte erst nach dem Aufklärungsgespräch ausfüllen und unterschreiben!

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen bzw. ergänzen

☒ Die umseitigen Informationen zur Stoßwellenanwendung, den Wirkungen und den Indikationen/Kontraindikationen und Nebenwirkungen habe ich gelesen / wurden mir vom behandelnden Arzt in einem Aufklärungsgespräch erläutert.

☐ Die Stoßwellenanwendung wurde mir durch meinen behandelnden Arzt, Frau/Herrn Dr. _____ empfohlen.

☐ Die Stoßwellenanwendung wurde mir durch Frau/Herrn _____ nach einer Behandlung empfohlen.

☐ Die Anwendung der Stoßwelle erfolgt auf Vorschlag der/des Behandelnden, Frau/Herrn _____ nach Rücksprache mit Frau/Herrn Dr. _____ .

☐ Die Stoßwellenanwendung erfolgt in Kombination mit anderen Behandlungsarten _____

Diagnose _____

Körperregion _____

Behandlungszeitraum _____

☐ Ich bin darüber informiert, dass die Kosten für dieses Heilmittel nicht von der gesetzlichen und betrieblichen Krankenkasse getragen werden.

☐ Die Kosten in Höhe von € _____ pro Behandlungssitzung werden von mir selbst erstattet.

Erklärung über die Einwilligung

☐ Nach gründlicher Überlegung und Erörterung willige ich in die Behandlung mit dem Stoßwellengerät ein.

☐ Ich stimme der Stoßwellenanwendung nicht zu.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin/Patient bzw. Betreuer/Sorgeberechtigte(r)*

* unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

DE NM | 10 101 348 | 0225 | Version 3 | Änderungen vorbehalten

MD