Einverständniserklärung zur PRP-Behandlung

Praxis Pilatumed

Dr. (IRN) Behzad Hosseini

Name des Patienten / der Patientin: _____

Geburtsdatum: _____

Behandlungsbereich:

[ ] Kniegelenk (z. B. Arthrose, chronische Schmerzen)

[ ] Kopfhaut (Haarwachstumsförderung bei Männern)

[ ] Gesicht (Hautverjüngung, Faltenbehandlung)

Informationen zur Behandlung

Die PRP-Therapie (Plättchenreiches Plasma) ist ein minimalinvasives Verfahren, bei dem Eigenblut entnommen, zentrifugiert und der plättchenreiche Anteil in das betroffene Gewebe injiziert wird. Das Ziel ist eine natürliche Stimulation der Heilungs- und Regenerationsprozesse durch Wachstumsfaktoren.

Vorteile:

- Verwendung körpereigener Substanzen
- Reduziertes Risiko für allergische Reaktionen
- Verbesserte Regeneration und Funktion des Zielgewebes

Mögliche Nebenwirkungen:

- Rötung, Schwellung oder Schmerzen an der Injektionsstelle
- Blutergüsse oder kleine Hämatome
- Seltene Infektionen oder allergische Reaktionen

Alternative Behandlungen:

Es bestehen je nach Indikation alternative konservative oder operative Therapien, über die ich auf Wunsch informiert werde.

Einverständniserklärung zur PRP-Behandlung

Erklärung des Patienten / der Patientin

Ich bestätige hiermit, dass ich über die PRP-Behandlung, deren Ablauf, Chancen, Risiken sowie Alternativen ausführlich informiert wurde. Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und habe verständliche Antworten erhalten.

Ich erkläre mich mit der Durchführung der PRP-Therapie einverstanden und willige freiwillig in die Behandlung ein.

Ort / Datum: _____

Unterschrift des Patienten / der Patientin: _____

Unterschrift der behandelnden Fachperson: _____