

Hyperbare Sauerstofftherapie

AUFKLÄRUNG, FRAGEBOGEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Dieses Dokument erfasst die persönlichen Daten der Kunden, informiert über die hyperbare Sauerstofftherapie, klärt Kontraindikationen (Risikofaktoren in Zusammenhang mit der Durchführung der Therapie) ab und enthält die Einverständniserklärung.

PERSÖNLICHE ANGABEN

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname: _____

Nachname: _____

Geschlecht: männlich weiblich anderes

Geburtsdatum: _____

Strasse und Hausnr.: _____

PLZ und Wohnort: _____

Tel./Mobil: _____

E-Mail: _____

Notfall-Kontakt: (Name und Tel./Mobil) _____

Notfall-Kontakt: (Adresse) _____

AUFKLÄRUNG

Bei der hyperbaren Sauerstofftherapie wird in einer Kabine mit erhöhtem Umgebungsdruck über eine Maske Sauerstoff (O₂) in die Lungenbläschen und von dort in den Blutkreislauf und die Zellen geleitet. Die Kabine funktioniert mit 1.5 bis 2 ATA, was einer Tauchtiefe von max. 10 m und einer bis zu 14-fachen Sauerstoffzufuhr gegenüber normalen Druckverhältnissen entspricht. Die hyperbare Sauerstofftherapie kann Prozesse der Wundheilung und Abheilung verbessern sowie die Regeneration, die kognitive Leistungsfähigkeit und energetisierende Vorgänge fördern. Es wird kein Behandlungserfolg garantiert.

Bei der hyperbaren Sauerstofftherapie sind höchstens zwei Behandlungen pro Tag erlaubt. Jede Behandlung darf maximal 60 Minuten dauern und es muss ein Abstand von mindestens vier Stunden zwischen den Behandlungen eingehalten werden. Dies kann für maximal fünf aufeinanderfolgende Tage durchgeführt werden.

Die Kommunikation über die Gegensprechanlage ist jederzeit möglich, auch bei einem Stromausfall. Selbst wenn der Bediener nicht anwesend ist, kann der Benutzer die Überdruckkammer von innen jederzeit kontrollieren.

Entflammbare Materialien sind in der Überdruckkammer und ihrer Umgebung **verboten**.

FRAGEBOGEN

Um das Risiko von Nebenwirkungen für Sie möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu Ihrer aktuellen oder vergangenen Krankengeschichte mit «ja» oder «nein» zu beantworten. Falls Sie unsicher sind, antworten Sie mit «ja».

Allgemeine Fragen

- Leiden oder litten Sie an Klaustrophobie (Angst in geschlossenen Räumen)? **ja** **nein**
- Haben Sie Probleme beim Druckausgleich der Ohren (z.B. im Flugzeug oder beim Tauchen)? **ja** **nein**
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder andere medizinische Geräte (Defibrillator (ICD), Implantate, etc.)? **ja** **nein**
Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie schwanger oder versuchen Sie, schwanger zu werden? **ja** **nein**
- Befinden Sie sich aktuell wegen einer Krankheit oder eines Unfalls in ärztlicher Behandlung? **ja** **nein**
Wenn ja, weshalb? _____

Krankheiten

Leiden oder litten sie jemals an:

- Lungenkrankheiten inklusive chirurgische Eingriffe an der Brust (Lungenemphysem, COPD, Pneumothorax, Pneumonie, etc.)? **ja** **nein**
Wenn ja, welche? _____
- Krankheiten inklusive chirurgische Eingriffe an Ohren oder Nasennebenhöhlen? **ja** **nein**
Wenn ja, welche? _____
- Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz? **ja** **nein**
Wenn ja, welche? _____
- Bluthochdruck? **ja** **nein**
- Diabetes? **ja** **nein**
- Augenkrankheiten (z.B. Grauer Star, Entzündung des Sehnervs)? **ja** **nein**
Wenn ja, welche? _____
- Epilepsie? **ja** **nein**
- Asthma? **ja** **nein**

Medikamente

- Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? **ja** **nein**
Wenn ja, welche? _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich zur Kenntnis genommen habe, dass die hyperbare Sauerstofftherapie in folgenden Fällen **nicht durchgeführt werden darf**:

- Personen, die sich krank fühlen oder grippeähnliche Symptome aufweisen
- Personen, die in den vergangenen 48 Stunden geflogen sind oder Tauchgänge unternommen haben
- Personen, die unter Drogen- oder Alkoholeinfluss stehen

DATENSCHUTZ

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten sowie der Weitergabe der Daten an meine Ärztin oder meinen Arzt einverstanden bin.

Ich bin mir der möglichen Risiken des Datenaustauschs von besonders schützenswerten Personendaten bewusst, wie zum Beispiel die Einsichtnahme durch unberechtigte Dritte bei unsicheren Kommunikationswegen und bin mir auch meiner Rechte bewusst. Ich gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin oder meinem Arzt, dem Betreiber der hyperbaren Sauerstofftherapie und mir als Patient/in über die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ein ausführliches Gespräch über die hyperbare Sauerstofftherapie geführt wurde, bei dem man mich über die Vorteile und Risiken dieses Verfahrens aufgeklärt hat. Zudem wurde ich informiert, dass es sich nicht um eine kassenübliche Behandlung handelt, weshalb die Kostenrückerstattung durch meine gesetzliche Krankenversicherung/ Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift ausdrücklich, dass ich den Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt und die Verbote im Zusammenhang mit der Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie zur Kenntnis genommen habe. Die Betreiberin der Überdruckkammer wird soweit gesetzlich zulässig von jeglicher Haftung in Zusammenhang mit der Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie befreit.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift ausdrücklich, dass ich die Behandlung durch die hyperbaren Sauerstofftherapie wünsche. Sollten während der Behandlung Komplikationen auftreten, die einen ärztlichen Eingriff dringend erforderlich machen, so wird auch dieser von der Zustimmung umfasst.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden
