

Praxis für Ästhetische Medizin im JosefCarrée • Gudrunstr. 56 • 44791 Bochum

**JosefCarrée GmbH**

**Praxis für ästhetisch-  
operative Medizin und  
kosmetische Dermatologie**

**Leitender Arzt: Dr. med. K. Hoffmann**  
Gudrunstr. 56, 44791 Bochum  
Telefon: 0234 / 509 - 3440 / 3460  
Telefax: 0234 / 509 - 3445  
Email: k.hoffmann@klinikum-bochum.de

## **Aufklärung SculpSure®**

### **1060 nm Diodenlaser (Fett-Weg-Laser der Firma Cynosure®)**

Das Gerät SculpSure® ist ein Diodenlaser, der von der amerikanischen Firma Cynosure® hergestellt wird.

Es verfügt über die üblichen und notwendigen internationalen Zulassungen, um ein solches Gerät zu betreiben. Neben der CE-Zulassung hat es auch die Zulassung der amerikanischen Behörden der FDA.

Dies bedeutet, dass es in umfangreichen Studien sowohl Wirkung als auch Nebenwirkungen bewiesen hat.

Es gilt als die neueste Entwicklung im Jahre 2016 im Bereich der nichtinvasiven Fettreduktion. Bei dem Gerät werden mittels Laserstrahl (Diodenlaser) die Fettzellen (Adipozyten) angegriffen. Hierzu wird mittels eines Befestigungsgurtes eine Kammer, die das Diodenlicht auf die Haut strahlt, am Bauch befestigt. Das Gerät verfügt über vier Kammern, deren Sitz über einen Kontaktmechanismus permanent überprüft wird. Sitzen die Kammern nicht richtig fest und gut auf der Haut, kann das Gerät nicht arbeiten. Das heißt, dieser Sicherheitsaspekt wird permanent geprüft. Gleiches gilt für die Kühlung. Die Wellenlänge von 1060nm ist nicht dazu geeignet, z.B. Sonnenbrände oder ähnliches zu erzeugen.

Die Wellenlänge selber ist die Wellenlänge, die mit am tiefsten in die Haut hineindringt und trotzdem gut vom Fettgewebe absorbiert wird. Die Idee, die dabei besteht, ist, dass die Fettzelle selber sowohl in ihren internen Organellen der Zelle als auch die Fettzellmembran schädigt. Gewissermaßen als „Hilferuf“ schickt die Fettzelle dann Botenstoffe (Zytokine) in die Umgebung die ebenfalls im Sinne der Therapie wirken.

Hierzu wird über 25 Minuten über die entsprechenden Kammern eine Temperatur zwischen 42° und 47° C in der Tiefe erzeugt. Die Haut selber wird dabei nicht geschädigt.

Es gibt ein spezielles Kühlsystem, das unter dem Markennamen „Contact cooling“ patentiert wurde. Die ersten Resultate sieht man nach sechs Wochen, optimale Resultate in aller Regel ab der 12. Woche.

Wie bei allen anderen nichtinvasiven Fettentfernungsmethoden wird empfohlen, nach der entsprechenden Prozedur möglichst viel zu trinken als auch möglichst fettreduziert zu essen.

Dies hat den Vorteil, dass das Fett, das ja zum Teil auch in der Leber verstoffwechselt wird, besser abgebaut werden kann.

Wir empfehlen neben der fettarmen Nahrung auch möglichst wenig Alkohol zu sich zu nehmen, da auch hier ein Einfluss auf den Fettstoffwechsel genommen werden könnte.

Gut hingegen ist viel Bewegung, gesunde Nahrung und viel trinken.

Die Behandlung selber erfolgt ambulant. Es müssen nicht jedes Mal vier Kammern, es können auch weniger Kammern in Ansatz gebracht werden.

Einzelheiten müssen im Beratungsgespräch für Ihren individuellen Fall geklärt werden.

Die Behandlungen selber finden im Laserzentrum, das direkt an das Josef-Carrée in der 2. Etage des Haupthauses angesiedelt ist, statt.

Das Verfahren ist für eine partielle Reduzierung von Fettgewebe vorgesehen. Es kann keine Garantie für ein bestimmtes Ergebnis der Fettreduktion oder Hautstraffung übernommen werden.

Es ist kein Ersatz für eine allgemeine Gewichtsreduktion und es ist auch kein Ersatz für eine Fettabsaugung.

Jemand der übergewichtig ist, kann natürlich eine geringe sichtbare Verbesserung erwarten, aber die Methode ist eher für kleinere Fettdepots gemacht.

Größere Fettdepots sind nach wie vor Ziel einer kombinierten Fettabsaugung und der Laserlipolyse.

Manchmal ist es so, dass man beim Liegen ein leichtes Unwohlsein verspürt, dies hat aber in aller Regel nichts mit der Therapie zu tun.

Gleiches gilt für Stechen, Kribbeln oder ähnlicher Missempfindung unterhalb der Behandlungsareale.

Trotzdem informieren Sie bitte sofort die Behandler, wenn so etwas auftritt.

Nach der Behandlung kann der Bereich etwas gerötet oder verhärtet sein, dieses (ist sehr selten!) liegt an einer leichten Schwellung.

Ganz natürlich ist es, wenn ein Patient eine halbe Stunde gelegen hat und sich schnell wiederaufrichtet, dass der Kreislauf sich erst wieder an die entsprechende Körperhaltung gewöhnen muss.

Wenn man die Gürtel zu fest schnallt, mit denen die Applikatoren gehalten werden, kann es in Einzelfällen zu sehr kleinen Blutergüssen führen.

Jucken, Kribbeln, Taubheit, Druckempfindlichkeit oder ähnliche Veränderungen im Bereich der behandelten Areale sind überaus selten und bisher nicht gesichert mit einer Behandlung in Verbindung gebracht worden.

Nach der Behandlung kann das Areal etwas geschwollen oder Druckschmerzhaft sein. Selten bilden sich kleine Knoten (kondensiertes Fett), die in der Regel in den nächsten Wochen und Monaten verschwinden.

Sollten in irgendeiner Weise Veränderungen bei Ihnen eintreten, so informieren Sie bitte sofort das behandelnde Zentrum.

## FORMULAR MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

---

Nachname: Mustermann

Vorname: Max

Adresse: Musterstraße 1

Stadt: Bochum

Bundesland:

Postleitzahl: 44791

Telefon: Privat: 0234 509-0

Büro: 0234 509-99

Mobil: 0170 654321

Geburtsdatum: 01.01.1901

Geschlecht: männlich

Hausarzt:

Telefon:

Apotheke:

Telefon:

Notfallkontakt:

Telefon:

---

Welche Körperbereiche/Hautareale bzw. Beschwerden sollen behandelt werden?

---

---

### Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen.

1. Leiden Sie unter **EINER ODER MEHREREN** akuten oder chronischen Erkrankungen? ja  nein

*Nennen Sie das Auftreten von Wärmeurtikaria, Diabetes, Autoimmun-  
erkrankungen oder Immunsuppressionen, Blutkrankheiten, Bluthochdruck,  
Krebs, bakteriellen oder viralen Infektionen, Beschwerden bzw.  
Erkrankungen, die die Heilungsprozesse signifikant beeinträchtigen,  
Photosensibilitätsstörungen der Haut oder aller sonstigen Beschwerden  
oder Erkrankungen in Ihrer Krankheitsgeschichte*

Bitte auflisten: \_\_\_\_\_

---

2. Leiden Sie unter **EINER ODER MEHREREN** akuten oder chronischen Hautkrankheiten? ja  nein

*Nennen Sie auch ein Auftreten von Vitiligo, Ekzemen, Melasmen,  
Psoriasis, allergischer Dermatitis, Erkrankungen mit Störungen des  
Kollagenstoffwechsels wie Ehlers-Danlos-Syndrom, Sklerodermie,  
Hautkrebs oder sonstige Hautkrankheiten in Ihrer Krankheitsgeschichte*

Bitte auflisten: \_\_\_\_\_

---

3. Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? ja  nein
- 

4. Nehmen Sie regelmäßig oder täglich **EIN ODER MEHRERE** Medikamente  
(rezeptpflichtige und rezeptfreie), pflanzliche oder natürlichen Ergänzungsmittel ein? ja  nein

Bitte auflisten: \_\_\_\_\_

---

5. Wenden Sie auf Ihrer Haut regelmäßig topische Produkte für Ihre Haut an? ja  nein

Bitte auflisten: \_\_\_\_\_

---

6. Sind Sie gesund? ja  nein

7. Haben Sie Sensibilitätsstörungen der Haut? ja  nein

8. Haben Sie irgendwo am Körper offene oder infizierte Wunden? ja  nein
9. Haben Sie schon einmal eine Behandlung in dem Bereich, den Sie jetzt fettreduzieren möchten, bekommen, z.B. Fett-weg-Spritze, Fettabsaugung etc.? ja  nein
10. Sind Sie schwanger oder in der Stillzeit? ja  nein
11. Haben Sie ein aktiv implantiertes Gerät wie einen Herzschrittmacher oder einen Defibrillator? ja  nein
12. Neigen Sie nach Verletzungen zu Hyperpigmentierung der Haut? ja  nein
13. Neigen Sie zu Blutergüssen? ja  nein
14. Haben Sie schon einmal irgendeine Fettreduktionsbehandlung überhaupt durchführen lassen? ja  nein
15. Haben Sie in den letzten 2 Jahren größerer Mengen an Gewicht verloren? ja  nein

## Formular Einwilligungserklärung

Der SculpSure™ gibt Laser Energie ab, um die tiefen Fettschichten zu erhitzen. Die entstehende Hitze schädigt die Fettzellen und andere körpereigene Systeme. Die beschädigten Fettzellen werden dann vom Körper über Ihr lymphatisches System eliminiert.

Während der Abgabe von Laser Energie kühlen die Applikatoren die Haut für den gesamten Behandlungszeitraum. Die Kühlung schützt Ihre Haut, während die Laserenergie Ihre Fettschicht aufheizt. Wenn die Behandlung beginnt, wird es sich kurz warm anfühlen und im Verlauf der Zeit wird die Wärmeempfindung ansteigen bis zu kurzen Intervallen mit intensiver tiefer Erhitzung. Wirklich schmerzhaft sollte dies nicht sein. Sie können auch Krämpfe, Kribbeln, Stechen oder Kneifen tief in der Fettschicht fühlen. Diese Empfindungen sind normal und zu erwarten. Diese Empfindungen zeigen an, dass der Laser die Fettschicht wirksam angreift und schädigt.

- Der SculpSure stellt keine Gefahr für die Augen dar. Es ist nicht notwendig einen Augenschutz zu tragen.
- Ihre Haut kann sich unmittelbar nach der Behandlung leicht rosa bis rot verfärben. Dies kann ein paar Stunden anhalten.
- Nach der SculpSure-Behandlung können Sie eine leichte Schwellung, Empfindlichkeit, Festigkeit oder Verhärtung an der Behandlungsstelle erleben. Dies gibt sich normalerweise innerhalb von 2 Wochen, kann aber im Einzelfall länger dauern.
- Die behandelten Bereiche sollten zwei (2) Mal täglich für je fünf bis zehn (5-10) Minuten massiert werden. Es gibt keine Einschränkung Ihres Lebensstils nach Ihrer SculpSure-Behandlung. Es wird empfohlen vor und nach der Behandlung reichlich Wasser zu trinken.
- Sie können Eis-Packs oder von Ihrem Arzt verschriebene Schmerzmittel gemäß den Packungsanweisungen verwenden, um leichte Schmerzen (selten) zu lindern.
- Ich habe während der Behandlung eine Klingel zur Hand, worüber ich jederzeit um Hilfe rufen kann und ggf. die Behandlung abbrechen kann.
- Ich habe mich gründlich und umfassend über die Zielsetzungen des Verfahrens aufklären lassen. Ich habe verstanden, dass die medizinischen Ergebnisse variieren und keine Ergebnisse garantiert werden können. Ich erkenne an, dass die Ergebnisse nicht meinen Erwartungen entsprechen können. Ich bestätige hiermit, dass ich keine Garantien von irgendjemand hinsichtlich des oder der Verfahren erhielt, die ich gewünscht und autorisiert habe.
- Es besteht keine Gewährleistung, dass die erwarteten oder erhofften Ergebnisse erzielt werden.

Ich wurde darüber informiert, dass Gewebeversteifung, Verhärtung, Knoten, Rötung, Empfindlichkeit, Schwellung, Schmerzen und Blutergüsse seltene, aber mögliche vorkommende Nebenwirkungen sind. Zu den weiteren, noch weniger häufigen Nebenwirkungen, die vorkommen können, gehören Juckreiz, Hautunebenheiten, Grübchenbildung, Hyperpigmentierung/Hypopigmentierung, Asymmetrie, Nekrose, Veränderungen der Hautelastizität, Taubheitsgefühl, Blasenbildungen oder Verbrennungen.

Ich bestätige, dass ich innerhalb der letzten 7 Tage keiner Sonnenstrahlung ausgesetzt war.

Ich willige darin ein, dass Filme und Digitalbilder aufgenommen und verwendet werden, um die Effektivität der Behandlung auszuwerten oder um für die medizinische Aus- und Fortbildung, fachspezifische Publikationen oder für Verkaufszwecke verwendet zu werden.

Ohne meine schriftliche Einwilligung werden keine Fotos oder Digitalbilder verwendet, aus denen meine Identität hervorgeht. Wenn meine Identität nicht preisgegeben wird, können diese Fotografien und digitalen Bilder ohne mein Zustimmung für diese angehenden Zwecke genutzt, geteilt und veröffentlicht werden. Dies gilt auch für Umfangsmessung, Gewichtsmessung, Körperfettanteil, Caliper und Ultraschallmessung, die sporadisch zur Dokumentation eingesetzt werden.

**Die Anweisungen für Vor- und Nachbehandlung wurden mit mir besprochen.  
Das Behandlungsverfahren, mögliche Vorteile und Risiken sowie alternative Behandlungsoptionen wurden zu meiner Zufriedenstellung erläutert.**

**Vor der Einwilligung in die Behandlung habe ich alle mir dargelegten und vorgelegten Informationen gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden beantwortet.**

Ich bin darüber informiert worden, dass das kosmetische Ergebnis nach einer SculpSure® 1060nm Diodenlaser Behandlung nicht sicher vorhersehbar ist und dass ein Behandlungsergebnis, was vollständig meinen Wünschen entspricht, nicht garantiert werden kann.

Ich bin insbesondere auch über die alternativen Behandlungsmöglichkeiten ausführlich beraten worden (z.B. Coolsculpting®, Vanquish, Ultraschall, Stoßwelle, Liposuktion, Fett-weg-Spritze, Lipolaser und andere)

Ich habe verstanden, dass Menschen unterschiedlich gut auf die Behandlung reagieren.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist.

Über das erforderliche Verhalten nach dem Eingriff bin ich ebenfalls informiert worden.

Mit ist bekannt, dass der vereinbarte Termin ausschließlich für mich geplant wurde.

Ich willige daher hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff und den empfohlenen weiteren Maßnahmen sowie in eventuell notwendige Folge- und Nebeneingriffe ein.

Ich habe die Ärzte des Universitätshautklinikums Bochum und die Abteilung des Herrn Dr. Hoffmann wahrheitsgemäß über Erkrankungen wie Bluthochdruck, Blutungsneigung, Herz-, Leber-, Lungen- und Nierenleiden, Stoffwechselerkrankungen, Allergien etc. pp. informiert, gleiches gilt für Medikamente, die ich regelmäßig einnehme.

Ich werde auch sofort bekanntgeben, wenn ich Medikamente und / oder auch regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel zu mir nehmen werde.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Abteilung für ästhetisch operative Dermatologie eine Bestellaufteilung ist, die mit längeren Terminvorläufen arbeitet und in der nur ein Patient zu einem länger andauernden, individuell festgelegten Operationstermin bestellt wird.

Bei Nichterscheinen zum Operationstermin, verspäteter oder auch willkürlicher akuter Absage wird ein Ausfallhonorar gefordert werden.

Um diese Unannehmlichkeiten zu vermeiden verpflichte ich mich dazu Termine bis zu 20 Minuten Dauer mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, bei länger dauernden Terminen früher.

Ich fühle mich ausreichend informiert und habe keine weiteren Fragen.

Ich habe alle wichtigen Fragen über Art, Bedeutung des Eingriffs, über Risiken und Komplikationen als auch über Alternativmöglichkeiten, gerade auch im Bereich der minimal - und nichtinvasiven Fettreduktion stellen können.

Ich habe eine Kopie dieser schriftlichen Informationen erhalten und verstanden.

**Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in den geplanten Einriff ein.**

Bei allen etwaigen Rechtsstreitigkeiten ist der Gerichtsstand Bochum.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aufklärender Arzt

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Behandlungsprotokoll

Patienten-Name: Max Mustermann

Datum: 25.05.2020

BMI: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Behandlung-Nr.: \_\_\_\_\_

Bilder vor Behandlung?  ja  nein Anzahl verwendeter PACs: \_\_\_\_\_

Behandlungs Areal	Startfluenz (W/cm <sup>2</sup> )	Bewertung Ende Aufbauzone	Energie-anpassung/ Zone nach 2 min	PAC #1 Watt/Zone		PAC #2 Watt/Zone		PAC #3 Watt/Zone		PAC #4 Watt/Zone	

**Anmerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

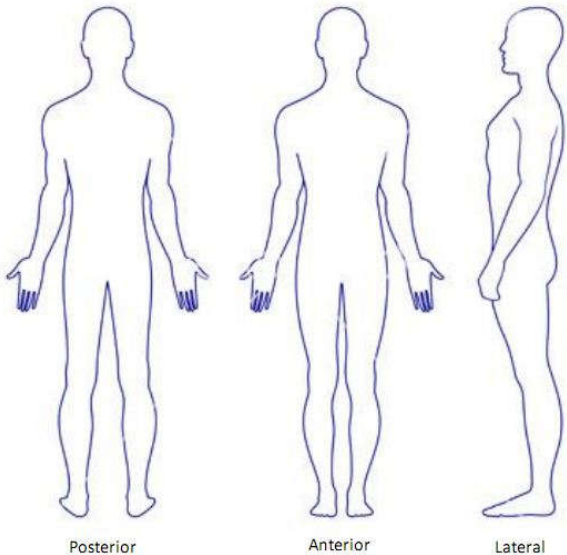
---

---

---

---

---



Kliniker Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_