

Aufklärungs- und Einwilligungsbogen

Hijama (nasses Schröpfen)

Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

1. Behandlungsbeschreibung

Die Hijama-Therapie (nasses Schröpfen) ist ein traditionelles ausleitendes Verfahren. Dabei werden auf der Haut kleine, oberflächliche Mikroinzisionen gesetzt und anschließend mit Schröpfgläsern ein Unterdruck erzeugt, um geringe Mengen Blut sowie Gewebsflüssigkeit auszuleiten.

Die Behandlung erfolgt nach hygienischen Standards unter Verwendung steriler Einmalmaterialien.

2. Mögliche Reaktionen nach der Behandlung

Nach der Behandlung können auftreten:

- Rötungen der Haut
- Hämatome (blaue Flecken)
- leichte Schwellungen
- Druckempfindlichkeit
- kurzfristige Kreislaufreaktionen (Schwindel, Müdigkeit)
- lokale Hautreizungen

Diese Reaktionen sind in der Regel vorübergehend.

3. Risiken und seltene Nebenwirkungen

Trotz fachgerechter Durchführung können folgende Risiken bestehen:

- Infektionen der Haut oder Wunde
- stärkere Blutungen (selten)
- Narbenbildung (sehr selten bei sachgemäßer Technik)
- Kreislaufprobleme bis hin zu Ohnmacht
- allergische Reaktionen auf Desinfektionsmittel oder Materialien
- sekundäre Entzündungen bei unsachgemäßer Nachsorge

4. Kontraindikationen (nicht geeignete Fälle)

Die Behandlung sollte nicht durchgeführt werden bei:

- Blutgerinnungsstörungen
- Einnahme starker Blutverdünner (z. B. Marcumar, DOAKs – ärztliche Rücksprache erforderlich)
- akuten Infektionen oder Fieber
- schwerer Anämie
- Schwangerschaft (insbesondere erste und letzte Phase)
- offenen Hauterkrankungen im Behandlungsareal
- schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ausgeprägter Kreislauf labilität



5. Hinweise zur Nachsorge

- körperliche Schonung am Behandlungstag
- ausreichend Flüssigkeitszufuhr
- keine Sauna, kein intensiver Sport für 24–48 Stunden
- Wunden sauber und trocken halten
- Pflaster ggf. regelmäßig wechseln

6. Hygiene & Eigenverantwortung

Die Behandlung erfolgt unter Beachtung geltender hygienischer Standards (Einmalmaterialien, Desinfektion, sichere Entsorgung).

Der/die Patient/in wurde darüber aufgeklärt, dass trotz aller Maßnahmen ein Restrisiko für Infektionen oder Komplikationen nicht vollständig ausgeschlossen werden kann.

7. Haftungsausschluss / Einwilligung

- Ich wurde umfassend über die Behandlung, mögliche Risiken, Nebenwirkungen und Kontraindikationen aufgeklärt.
- Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe diese verständlich beantwortet bekommen.
- Ich bin darüber informiert, dass es sich um eine alternative Behandlungsmethode handelt, deren Wirkung wissenschaftlich nicht in allen Anwendungsbereichen gesichert ist.
- Ich erkläre mich freiwillig mit der Durchführung der Hijama-Behandlung einverstanden und übernehme die Verantwortung für die Entscheidung.
- Ein Anspruch auf Erfolg der Behandlung besteht nicht.

Ort: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Unterschrift Behandler/in: _____

