

Studienbogen zur Behandlung von Erkrankungen mit Blutegeln (Humantherapie)

Name und Anschrift des Therapeuten (Bitte Stempel oder Druckbuchstaben)	
Initialen des Patienten:	Indikation für die vorliegende Egeltherapie (Nennung der Erkrankung):
Geschlecht (m/w):	Körpergröße (cm):
Geburtsjahr:	Körpergewicht (kg):
Beginn der Erkrankung:	Dauer der Erkrankung:
Datum: _____ Tag Monat Jahr	Erkrankung besteht seit: _____ Monat Jahr

Liste der Indikationen

Bei welchen Erkrankungen werden von Ihnen im Allgemeinen Blutegel eingesetzt ? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Adnexitis, Parametritis	<input type="checkbox"/>	Hämatom	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	Herpes zoster	<input type="checkbox"/>	Tendovaginitis	<input type="checkbox"/>
Apoplexie	<input type="checkbox"/>	Hypertonie	<input type="checkbox"/>	Thrombosen	<input type="checkbox"/>
Arthritis akut	<input type="checkbox"/>	Hyperurikämie	<input type="checkbox"/>	Tinnitus	<input type="checkbox"/>
Arthritis chronisch	<input type="checkbox"/>	Mikroangiopathie	<input type="checkbox"/>	Tonsillarabszess	<input type="checkbox"/>
Cephalgie	<input type="checkbox"/>	Myogelosen	<input type="checkbox"/>	Ulcus cruris	<input type="checkbox"/>
Cholezystitis	<input type="checkbox"/>	Orchitis	<input type="checkbox"/>	Varikosis	<input type="checkbox"/>
Epicondylitis humeri radialis	<input type="checkbox"/>	Otitis media	<input type="checkbox"/>	Andere (bitte angeben):	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	Patellarspitzenyndrom	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Furunkel und Karbunkel	<input type="checkbox"/>	Phlebitis/Thrombophlebitis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Warum wird die Behandlung mit Blutegeln durchgeführt? (z. B. Abwägung mit anderen Medikamenten für die entsprechende Indikation)

Begleiterkrankungen:

Einnahme von Medikamenten (Handelsname und Dosis p.d.):

Datum der Anwendung der Blutegeltherapie:

Tag	Monat	Jahr

Anzahl der eingesetzten Blutegel:

Ansatzstellen der Blutegel:

Welche Reaktionen traten in den folgenden Tagen/Wochen auf?

Angabe Tage/Wochen nach Applikation der Blutegel	Beschreibung Reaktion

Ist die gegenwärtige Behandlung eine Wiederholungsanwendung ?

Ja	Nein	Wenn ja, wie viele Blutegeltherapien gingen der vorliegenden Behandlung voraus ?

Bewertung der Wirksamkeit der Behandlung (nach 3 Monaten) (bitte ankreuzen)

Urteil des Therapeuten		Urteil des Patienten
	gut bis sehr gut	
	befriedigend	
	mangelhaft	

Bewertung der Verträglichkeit der Behandlung (Monate 1-3) (bitte ankreuzen)

Urteil des Therapeuten		Urteil des Patienten
	gut bis sehr gut	
	befriedigend	
	mangelhaft	

Unerwünschte Ereignisse (UE)

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Traten im Verlauf der Behandlung schwerwiegende Ereignisse auf?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	------	--------------------------

Wenn ja, welche? (ggf. bitte Bericht auf extra Blatt)

Ich bin mit der Veröffentlichung der Daten einverstanden. Daten, die eine Identifikation von Patient oder Therapeut ermöglichen würden, werden nicht veröffentlicht.

Datum

Unterschrift und Stempel des Therapeuten

Bitte senden Sie nach Abschluss der Behandlung den ausgefüllten Fragebogen an:

Biebertaler Blutegelzucht GmbH

Tel.: 06409-66140-0

Fax: 06409-66140-75

Talweg 31 35444 Biebertal

E-Mail blutegel@blutegel.de Internet: www.blutegel.de

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung der Blutegeltherapie!