

## Aufklärung über die Therapie mit dem Kantharidenpflaster

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist die Behandlung mit einem Kantharidenpflaster geplant. Dieses Verfahren gehört zu den so genannten ausleitenden Verfahren und hierunter zu den blasenziehenden Verfahren. In Deutschland handelt es sich um eine Methode der Komplementären Medizin, die ergänzend oder statt den Methoden der Schulmedizin angewendet wird. Bei dieser Therapie treten nur sehr selten ernste Nebenwirkungen auf.

### Risiken und Nebenwirkungen

- Hyperpigmentierungen (= dunkle Verfärbung) des behandelten Hautbezirkes,
- Kurzzeitige lokale Entzündung (vor allem bei vorzeitiger, unsachgerechter Abnahme des Pflasters oder mangelnder Hygiene, etc.),
- Allergie (z.B. Pflasterallergie),
- Selten Harnblasen- und Nierenreizungen,
- Während der Pflasterbehandlung und im Verlauf des Heilungsprozesses können brennende Schmerzen auftreten.

Falls Nebenwirkungen auftreten sollten, werden ggf. Gegenmaßnahmen erforderlich (z.B. antiallergische oder antientzündliche Behandlung).

Falls nach der Entlassung oder im Rahmen der ambulanten Behandlung Nebenwirkungen auftreten sollten, bitten wir um sofortige Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.

### Kontraindikationen

- Akute Blasen- oder Nierenentzündung,
- Stauungsödeme, arterielle Durchblutungsstörung, unklare Hautveränderungen bzw. Hautkrankheiten, oder offene Wunden im Bereich der Applikationsstelle,
- Akute Gelenkentzündungen,
- Ausgeprägte Immunschwäche und fortgeschrittene Krebserkrankung,
- Erhebliche Wundheilungsstörungen und Tendenz zu überschießender Narbenbildung.

### Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch

Alternativ zur vorgeschlagenen Behandlung mit dem Kantharidenpflaster kämen folgende Methoden der Schulmedizin in Betracht:

---

Als Vorteile der Behandlung mit dem Kantharidenpflaster im Vergleich zu den Methoden der Schulmedizin sind zu nennen:

---

---

Ort, Datum, Uhrzeit, Gesprächsdauer

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

## Einverständniserklärung

Ich fühle mich über die geplante Behandlung mit dem Kantharidenpflaster ausreichend gut informiert und bin mit der Anwendung einverstanden. Über die möglichen Nebenwirkungen bin ich von Frau/Herrn \_\_\_\_\_ aufgeklärt worden. Mir sind keine der o.g. Kontraindikationen bekannt. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Therapie ein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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