

13 Anhang



**Abb. 21:** Punktion einer Besenreiservarize.



**Abb. 22:** Laserhandstück mit chilled tip.

## Anamnesebogen

Patientenaufkleber

Haarfarbe : \_\_\_\_\_  
 Augenfarbe : \_\_\_\_\_  
 Abstammung: Europa (West-/Ost-) Asien Orient  
 Afrika  
 Körperstatus: Leptosom Athlet Pykniker

Wie lange haben Sie schon Besenreiser? \_\_\_\_\_ Monate/Jahre

Bestehen *genetische Vorbelastungen*? Mutter Vater Großeltern (mütterlich/väterlich)

Art der *Berufstätigkeit*? sitzend stehend

*Sportlicher Ausgleich* (z.B. Joggen): nie selten regelmäßig täglich (ca. \_\_\_\_\_ p.Wo.)

Eventuelle (iatrogene) Ursachen: Stripping  
 Seitenastentfernung  
 Schwangerschaft  
 Abmagerung

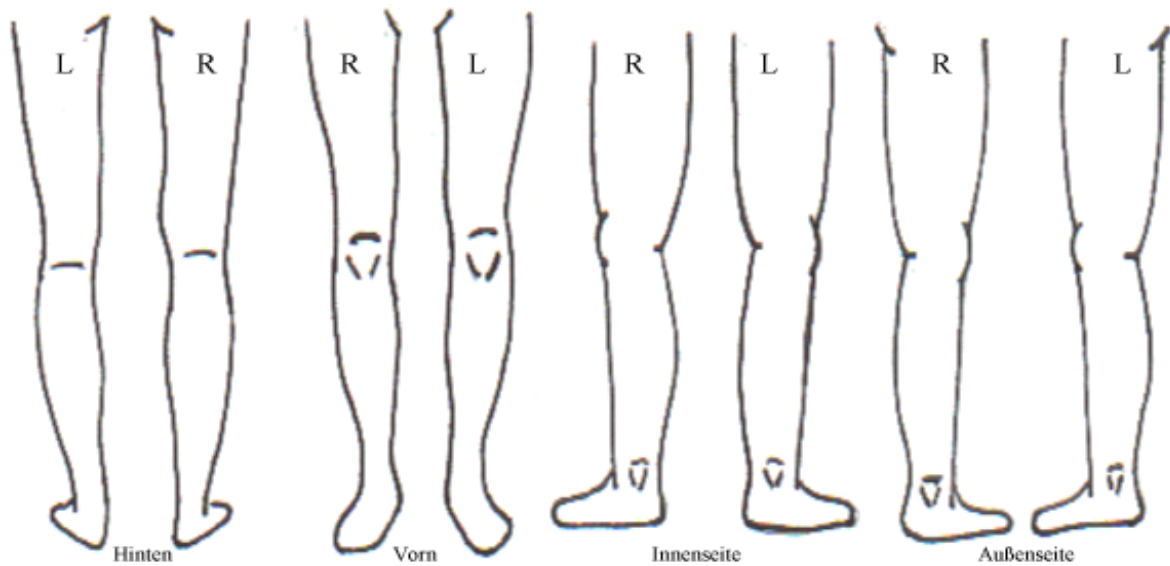
Bisherige Behandlungen: Sklerosierung  
 Laserbehandlung:  
 Argon  
 Krypton  
 Nd:YAG  
 Sonstige: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Kontraindikationen: Solariumgänger  
 Diabetes mellitus (Zucker)  
 Epilepsie  
 Migräne  
 Medikamente (z.B. Blutverdünner):  
 \_\_\_\_\_

Allergien/Hauterkrankungen  
 (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte):  
 \_\_\_\_\_

**Befund**

Name d. Patienten	Geb. am	Lfd.Nr.	Hauttyp	Blatt
			1 2 3 4	

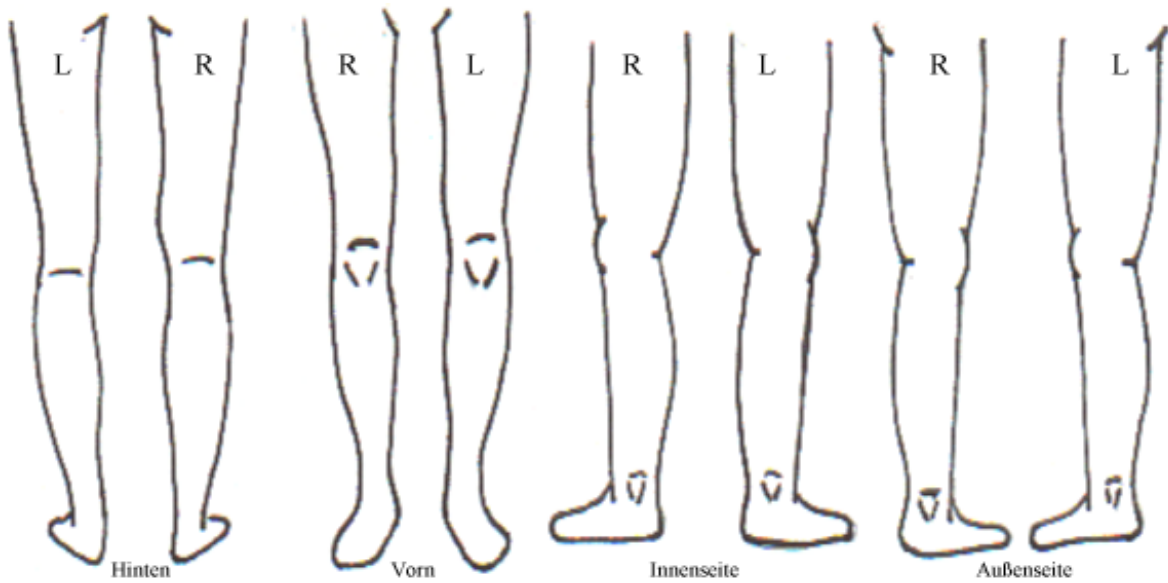


**Varizenklassifizierung**

Nr.	Besenreiserdicke (mm)					Farbe		Lage		Form			
	Lok	< 0.5	0.5-1.0	1.0-1.5	1,5-2.0	> 2.0	Rot	Blau	oberfl.	tief	diff.	flächig	gem.

## Behandlungsprotokoll

Name d. Patienten	Geb. am	Lfd.Nr.	Hauttyp	Blatt
			1 2 3 4	



Datum	Lok.	Laserbehandlung					Sklero.	Bemerkungen
		Energie [J/cm <sup>2</sup> ]	Puls [ms]	Frequ. [Hz]	Spot [mm]	Tip [°C]		



## *Aufklärungsbogen*

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Sie haben sich zur Teilnahme an unserer Studie entschlossen. Zum besseren Verständnis, legen wir Ihnen im folgenden das genaue Vorgehen dar.

Sie verfügen über zwei vergleichbare Besenreisergebiete an Ihrem Oberschenkel. Es wird nun je ein Gebiet entweder mittels Verödung oder Laser behandelt. Welches Gebiet dabei zu erst behandelt wird bzw. welches Verfahren an welchem der Gebiete Anwendung findet wird per Würfel entschieden. Beide Gebiete werden in derselben Sitzung behandelt. Folgende **Nebenwirkungen** können dabei auftreten:

Rötungen, Quaddelbildungen über 48 Stunden  
Schorfbildungen über 3 Wochen  
Aufhellungen bzw. Verdunklungen der Haut (sog. Hypo- bzw. Hyperpigmentierungen)  
Netzförmige Gefäßbildungen feinsten Äderchen (sog. teleangiektatisches Matting)  
Narbenbildungen

Die Einwilligung zu dieser Studie können Sie jederzeit zurückziehen, ohne daß Ihnen dadurch Nachteile in weiteren Behandlungen entstehen werden.

Eine Kopie dieses Formblattes wird Ihnen mitgegeben.

Ich ..... geboren am .....  
stimme der Teilnahme an dieser Studie zu.

Datum, Patientenunterschrift

Arzt

## *Datenschutz*

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung weitergegeben werden an:

den Auftraggeber der Studie zur wissenschaftlichen Auswertung

Sebastian Henker, Am Hirschgraben 15, 63150 Heusenstamm

Name, Datum, Unterschrift (Patient und Arzt)



**Abb. 23:** Photographien vor (oben) und nach (unten) Sklerosierungsbehandlung (Patientin Nr. 9).





**Abb. 24:** Photographien vor (oben) und nach (unten) Sklerosierungsbehandlung (Patientin Nr. 11).



**Abb. 25:** Photographien vor (oben) und nach (unten) Sklerosierungsbehandlung (Patientin Nr. 17).



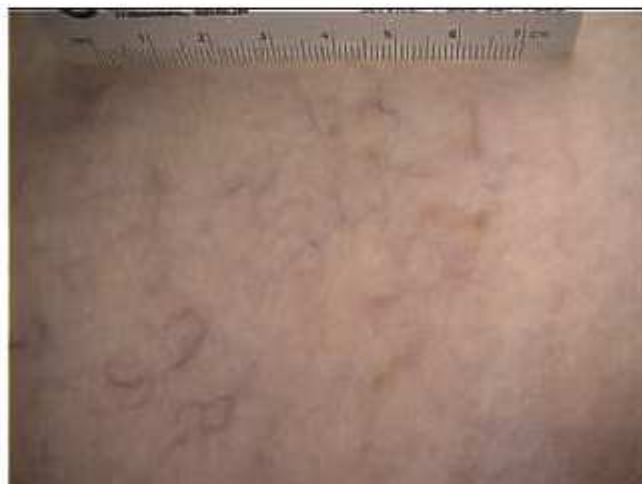
**Abb. 26:** Photographien vor (oben) und nach (unten) Laserbehandlung (Patientin Nr. 6).



**Abb. 27:** Photographien vor (oben) und nach (unten) Laserbehandlung (Patientin Nr. 9).



**Abb. 28:** Photographien vor (oben) und nach (unten) Laserbehandlung (Patientin Nr. 11).



**Abb. 29:** Photographien vor (oben) und nach (unten) Laserbehandlung (Patientin Nr. 15).