



Praxis für
Schmerz- und Palliativtherapie

Wahlleistungsvereinbarung

Hochtontherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen ihrer Schmerztherapie-Behandlung haben Sie sich für eine Serie einer Hochtontherapie entschieden.

Eine Serie umfasst **10** Sitzungen a 30 Minuten und sollte **2mal wöchentlich** angewendet werden.

In unserer Praxis werden Sie mit einem **HiTOP** Hochtontherapiegerät behandelt. Dies ist eine sehr effiziente Therapie: 70-80% aller Patienten haben eine Schmerzlinderung oder sind schon nach der ersten Behandlung schmerzfrei.

Diese Therapie wird nicht von den Krankenkassen übernommen.

Die Kosten pro Serie belaufen sich auf:

Nr. 555 GOÄ Elektrotherapie	10x	25,00 €
Insgesamt:		250,00 €

Hauptindikationen sind:

- Polyneuropathie einschl. diabetischer Polyneuropathie
- multiple Gelenkschmerzen bei Knie- und Hüftarthrose
- chronische Wirbelsäulenschmerzen mit und ohne Ausstrahlungen in Arme oder Beine bei Bandscheibenschäden oder Verschleiß der Wirbelgelenke
- Tennisellenbogen
- Schulter-Arm-Syndrom
- Ödembehandlung
- Offene Wunden (Ulcus cruris)
- Belastungs- und Erschöpfungszustände
- Schmerzen nach Operationen und Verletzungen

Kontraindikationen:

Fieberhafte Allgemeininfekte, lokale bakterielle Infektionen, Schwangerschaft, Herzschrittmacher

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:
(individuelle Risiken, Selbstzahlerleistung)

Einwilligungserklärung:

Über die geplante Behandlung bin ich von Frau Dr. Köhler in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert worden. Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **angemessener Bedenkzeit** in das besprochene Verfahren **ein**.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten