

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:

ZAUG gGmbH Biebentaler Blutegelzucht Talweg 31 35444 Biebental Tel.: 06409-66140-0 Fax: 06409-66140-75 E-Mail blutegel@zaug.de Internet: www.blutegel.de
--

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung der Blutegeltherapie!