

Patienteninformation zur IAight®-Therapie

zur Behandlung der Akne inversa/Hidradenitis suppurativa, akuter Abszesse und der Akne.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die folgenden Seiten dienen der Aufklärung über eine mögliche Behandlung der oben genannten Indikationen Akne inversa/Hidradenitis suppurativa, akute Abszesse und der Akne mit IAight®, einer speziell von LENICURA für diese Indikationen entwickelten, lokalen, gerätebasierten Therapie.

Neben diesem Aufklärungsbogen muss zwingend ein persönliches Gespräch zur Diagnoseerstellung erfolgen. In diesem Gespräch analysiert Ihr behandelnder Arzt, ob IAight® für Sie in Frage kommt, erstellt Ihren individuellen Therapieplan und steht Ihnen für weitere Fragen zu Verfügung.

METHODEN ZUR BEHANDLUNG DER AKNE INVERSA

Da es sich um eine systemische, chronische Erkrankung handelt, ist die optimale Therapie von individuellen Kriterien, wie beispielsweise dem Schweregrad nach Hurley, abhängig. Eine erste Behandlung der Entzündungen erfolgt in der Regel mit Zugsalbe und/oder Antibiotika. In schweren Fällen wird auch ein Immunsuppressivum (d.h. ein Medikament, welches einen Abwehrmechanismus des Körpers unterdrückt) gespritzt. Bei langfristig bestehendem Krankheitsbild wird meist eine Exzision (chirurgisches Herausschneiden der betroffenen Areale) als Therapiemethode empfohlen um die Entzündungsherde zu entfernen. Mehr Informationen finden Sie in der S1- Leitlinie zur Therapie der Hidradenitis suppurativa / Acne inversa.

METHODEN ZUR BEHANDLUNG DER AKNE

Akne gehört zu den am häufigsten auftretenden Hauterkrankungen. Es existiert ein breites Angebot an kosmetischen und medizinischen Produkten zur Reinigung und Pflege mit unterschiedlichen Wirkstoffen, wie beispielsweise Salicylsäure, Benzoylperoxid und Azelainsäure sowie Schieferölsulfate (Zugsalben) und Zink. Des Weiteren stehen medikamentöse Therapien zur Verfügung, wie beispielsweise die Einnahme von Antibiotika oder Retinoiden (talgbeeinflussende Substanzen).

METHODEN ZUR BEHANDLUNG VON AKUTEN ABSZESSEN

Akute Abszesse werden mit verschiedenen Salben und Cremes, welche Wirkstoffe aus Ölschiefer enthalten (Zugsalben), behandelt. Ein weiteres bekanntes Verfahren ist die Abszessspaltung zum Ablassen des Eiters oder Exzision (chirurgisches Herausschneiden des Abszesses). Ebenfalls, oder in Kombination, kann eine Antibiotikagabe in Erwägung gezogen werden.

DIE IAight®-THERAPIE

Die IAight®-Therapie ist eine physikalische Anwendung. Es kommen elektromagnetische Wellen verschiedener Frequenzen aus dem sichtbaren und nicht-sichtbaren Bereich zum Einsatz (genauer Licht und Radiofrequenz). Das Spektrum umfasst bewusst keine UVA- und UVB-Strahlung.

VORTEILE VON IAight®

Die Therapie ist eine äußere, lokale Anwendung ohne Medikamentengabe und i.d.R. schonend und gut verträglich. Aufgrund des geringen Nebenwirkungsprofils und der geringen Anzahl an Kontraindikationen (d.h. Ausschlusskriterien) oder Wechselwirkungen mit Medikamenten, stellt sie für Patienten eine dauerhafte Alternative im Umgang mit der chronischen Erkrankung Akne inversa/Hidradenitis suppurativa und der Akne sowie akuten Abszessen dar. Die Behandlung schränkt Ihre visuellen und motorischen Fähigkeiten nicht ein. Nach der Behandlung ist keine zusätzliche Regenerationszeit in der Arzt-Praxis nötig.

VORSICHTSMASSNAHMEN

Die IAight®-Therapie unterliegt kontinuierlicher Qualitätssicherung und -kontrolle. Das Auftreten von technischen Fehlern oder Anwender-Fehlern kann jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden. Als Resultat von zu hoher Energieabgabe können die genannten Nebenwirkungen der Therapie (siehe Seite 2) in einem intensiveren Ausmaß auftreten.

Wie bei jeder Therapie gibt es gewisse Risiken, die durch Einhaltung der vorgegebenen Anweisungen auf ein Minimum reduziert werden können.

Es gilt Folgendes während der Behandlung zu beachten:

- Während der gesamten Behandlungsdauer ist eine Schutzbrille zu tragen (bei Nichtbeachtung und Sichtkontakt zur Lichtquelle besteht die Gefahr einer Augenschädigung).
- Informieren Sie Ihren Arzt über eingenommene Medikamente (eine Liste mit lichtsensibilisierenden Medikamenten finden Sie auf Seite 6).

- Hörgeräte sollten unabhängig von den zu behandelnden Arealen für die Behandlungsdauer abgelegt werden.
- Schmuck innerhalb eines Radiuses von 10 cm um das zu behandelnde Areal muss abgelegt werden.

KONTRAINDIKATIONEN

Wenn eines der folgenden Ausschlusskriterien auf Sie zutrifft, kann eine IAlight®-Therapie **NICHT** durchgeführt werden:

- Epilepsie
- Hohe Lichtempfindlichkeit der Haut
- Jegliche Form von Hautkrebs
- Ansteckende Hautkrankheiten an den zu behandelnden Stellen
- Herzschrittmacher/-stimulator
- Tattoos, Piercings oder Brandings an den zu behandelnden Arealen
- Implantate im Radius von 10 cm des zu behandelnden Areals
- Schwangerschaft
- Unterspritzungen der zu behandelnden Areale

Wenn trotz Kontraindikationen dennoch mit IAlight® behandelt wird, besteht je nach vorliegender Kontraindikation die Gefahr von epileptischen Anfällen, Herzversagen, unkontrolliertem Zellwachstum, inneren Verbrennungen aufgrund von metallischen Implantaten und/oder von Unterspritzungen, sowie Reaktionen mit Inhaltsstoffen von Unterspritzungen und Implantaten. Ebenfalls können die regulären Nebenwirkungen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit und in stärkerem, auch permanentem, Ausmaß auftreten. Stellen Sie daher unbedingt sicher, dass Sie keines der Ausschlusskriterien erfüllen. Fragen Sie im Zweifel Ihren Arzt und vergewissern Sie sich bei Ihrem Hausarzt.

POTENTIELLE NEBENWIRKUNGEN

Bei der Behandlung können folgende Nebenwirkungen auftreten (nach wissenschaftlichen Erkenntnissen alle von vorübergehender Natur):

- Rötungen
- Schwellungen
- Pigmentstörungen (Hyper-, Hypopigmentierung)
- Blasen- und Krustenbildung mit möglicher anschließender Narbenbildung
- Da es sich um eine lokale Anwendung handelt, sind trotz aller hygienischen Vorsichtsmaßnahmen Wundinfektionen möglich.

EMPFINDEN WÄHREND DER BEHANDLUNG

Während der Behandlung wird je nach behandelter Körperregion ein klopfendes, prickelndes oder zum Teil stechendes Gefühl, aber kein eigentlicher Schmerz wahrgenommen. Der Grad der Empfindung ist je nach Körperstelle, Entzündungsgrad und individueller Empfindlichkeit unterschiedlich. Die meisten Patienten empfinden die IAlight®- Behandlung als weitestgehend schmerzfrei.

GIBT ES EINE ERFOLGSGARANTIE?

In der Regel erzielt die IAlight®-Therapie eine Schmerzlinderung und Reduktion der Symptome. Aufgrund der Individualität des menschlichen Organismus, kann jedoch keine Garantie gegeben werden.

HÄUFIGKEIT DER BEHANDLUNG

Je nach Betroffenheit sind unterschiedliche Behandlungsintervalle erforderlich. Generell wird empfohlen, im entzündlichen Stadium alle 14 Tage zu behandeln. Klingen die Entzündungen ab, kann der Rhythmus ausgedehnt werden. Ihr individueller Behandlungsplan wird von Ihrem behandelnden Arzt erstellt und eigens auf Sie abgestimmt.

DAUER DER BEHANDLUNG

Die Dauer der einzelnen Behandlung ist unterschiedlich und richtet sich nach der Größe des zu behandelnden Areals.

Es ist mit einer Behandlungszeit von 15- 60 Minuten zu rechnen; bei einem einzelnen Abszess lediglich 5 Minuten.

VOR DER BEHANDLUNG

Um optimal behandeln zu können, muss sichergestellt sein, dass der Patient keinerlei Ausschlusskriterien erfüllt und keine Kosmetika oder andere Substanzen auf die Haut aufgetragen worden sind. Das betroffene Areal muss **NICHT** haarfrei sein, sollte aber von Cremes etc. gesäubert werden. Bei starker/dichter Behaarung empfiehlt sich eine Reduktion, damit die elektromagnetischen Wellen nicht zu einem großen Teil von Hornmaterial auf der Haut absorbiert werden. Welche Art von Behaarungsreduktion für Sie geeignet ist, besprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt. Eine Rasur kann zu Hautverletzungen führen und somit die Symptomatik Ihrer Hauterkrankung ggf. verstärken.

NACH DER BEHANDLUNG

Durch die Erwärmung der Haut kommt es im behandelten Gewebe oftmals zu Kapillarerweiterung und vermehrtem Lymphfluss, was einen erhöhten Sekret-Ausfluss nach der Behandlung zur Folge haben kann. Falls es zu vermehrtem Sekret-Ausfluss aus den betroffenen Arealen kommt, kann ein Verband oder ein großes Pflaster helfen. Eine Desinfektion offener oder wunder Hautareale vor dem Aufbringen des Wundverbandes ist unbedingt erforderlich. Hierzu wird Ihnen das Praxispersonal Hinweise und Hilfe bieten können. Vergessen Sie nicht: Die Nachbehandlung von Wunden ist wichtig. Stellen Sie sicher, dass Sie Wunden sauber und möglichst steril halten. Nehmen Sie hierfür gerne die Hilfe Ihres Arztes bzw. des Praxispersonals in Anspruch.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR lAight®-THERAPIE

Name der Patientin/des Patienten: _____
Nachname, Vorname

Ich verstehe, dass es sich bei der lAight®-Therapie um ein gerätebasiertes Verfahren zur Behandlung von Akne inversa/Hidradenitis suppurativa, akuter Abszesse und Akne handelt. Dabei ist abhängig von Betroffenheit und Schweregrad der Erkrankung eine Eindämmung von Entzündungsherden und ein Senken des Schmerzlevels möglich.

Eine wiederholte Behandlung führt zu besseren Ergebnissen.

Mir ist bewusst, dass zur Aufrechterhaltung des Ergebnisses wiederholte Behandlungen im Abstand von einigen Wochen nötig sind.

Ich verstehe, dass es in seltenen Fällen zu Nebenwirkungen wie Rötungen, Verbrennungen, Pigmentveränderungen, Narben und Schwellungen kommen kann.

Diese Nebenwirkungen wurden mir ausführlich erklärt und ich habe die Bedeutung verstanden.

Ich verstehe, dass es auch andere Möglichkeiten der Behandlung gibt. Diese wurden mir ausführlich erläutert.

Mir ist bewusst, dass keine Garantie für einen Behandlungserfolg gegeben werden kann und die Kosten für die erbrachte Leistung unabhängig von dem Ergebnis getragen werden müssen.

Mir sind die Ausschlusskriterien der lAight®-Therapie erläutert worden. Ich versichere nach bestem Wissen, dass ich keine dieser Kriterien erfülle.

Die Abrechnungsart der Therapie und Berechnung nach GOÄ (Gebührenordnung Ärzte) wurde mir erklärt. Mit der Liquidation nach GOÄ gemäß der Paragraphen 1-12 bin ich einverstanden (ausgenommen §2 GOÄ). Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze §5 GOÄ) berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherungen und/oder Beihilfestellen es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Mit diesem Wissen entscheide ich mich für die lAight®-Therapie.

Die Möglichkeit zur Einsichtnahme in die GOÄ bestand:

Unterschrift Patient/in

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Arztpraxis

Unterschrift Patient/in

DATENSCHUTZERKLÄRUNG ZUR IAight®- DOKUMENTATIONS-SOFTWARE

LENICURA-Patienten-Portal

Der Entwickler der IAight®-Therapie stellt allen teilnehmenden Patienten im Rahmen eines online-Services zusätzliche Leistungen kostenfrei zu Verfügung. Die Nutzung ist freiwillig. Dieser Service umfasst unter anderem einen Überblick über die eigene Behandlungshistorie. Des Weiteren finden Sie zusätzliche Informationen über notwendige Schritte zur Einreichung von Kostenübernahmeanträgen und weitere allgemeine krankheitsbezogene Informationen in Ihrem LENICURA-Patienten-Portal. Hier werden Sie zukünftig auch die Möglichkeit haben, selbst aktiv an der weitergehenden Erforschung Ihrer Erkrankung teilzunehmen.

Sofern Sie von diesem optionalen Betreuungsangebot Gebrauch machen möchten, erhalten Sie Ihre individuellen Zugangsdaten in Ihrer Arztpraxis. Dieser Service ist für Sie kostenfrei.

EINWILLIGUNG IN DIE NUTZUNG DER DOKUMENTATIONS-SOFTWARE DER IAight®-THERAPIE

Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Nutzung der Dokumentations-Software zur IAight®-Therapie durch meinen behandelnden Arzt einverstanden.

Die mit „*“-gekennzeichneten Felder sind Pflichtangaben.

Name*, Vorname*

Krankenkasse*

PLZ*, Wohnort

Geburtsdatum*

Straße, Hausnummer

Geschlecht*

Land

Mobil

Telefon

DATENSCHUTZEINWILLIGUNG

ART DER DATEN, ZWECK DER ERHEBUNG/SPEICHERUNG/VERARBEITUNG

Zum Zwecke der Nutzung der Dokumentations-Software müssen personenbezogene Daten, insbesondere mein Name, meine Anschrift, Geburtsdatum, meine Krankenkasse, technische Behandlungsdaten und Behandlungsverläufe gespeichert werden. Mir ist bewusst, dass meine Gesundheitsdaten in der Software gespeichert werden. Die Daten sind erforderlich, um die Funktionen der Software zu nutzen.

Freiwillige Angaben umfassen meine Email-Adresse, welche notwendig ist, damit ich mittels einem für mich erstellten Patientenzugang in meine Behandlungshistorie einsehen kann. Ebenfalls optional ist die Speicherung einer Bilddokumentation, sowie Adress- und Kontaktdaten.

Alle erfassten Daten werden verschlüsselt auf deutschen Servern gespeichert. Sofern Fotos mit der Software erstellt werden, werden diese getrennt von den Personen- und Behandlungsdaten auf einem separaten Server gespeichert.

WEITERGABE VON DATEN UND PSEUDONYMISIERTE NUTZUNG

Ich stimme zu, dass meine Daten zum Zweck

- der wissenschaftlichen Nutzung,
- einer qualitätsverbessernden Auswertung,
- der Schaffung einer Datengrundlage für eine möglichst schnelle Akzeptanz der IAight®-Therapie durch die jeweiligen Krankenkassen/Gesundheitsversicherungen

an den Entwickler der IAight®-Therapie (LENICURA GmbH) weitergegeben werden.

Die Verwendung erfolgt ausschließlich pseudonymisiert.

Diese Daten umfassen die obig von mir angegebenen Personendaten sowie zusätzlich

- Diagnose,
- die technischen Behandlungsdaten,
- Behandlungszeitpunkt und -dauer,
- die vor jeder Behandlung standardisiert erfassten Daten zum allgemeinen Gesundheitszustand (DLQI, VAS, Gewicht, Größe, Rauchverhalten),
- Fotos, sofern ich der Fotodokumentation zustimme.

Ich entbinde meinen Arzt/ meine Ärztin von seiner/ ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber LENICURA, soweit dies für die Dokumentation meiner IAight®-Behandlung mit der dafür entwickelten Software notwendig ist. LENICURA ist außerhalb des Verhältnisses zum Arzt ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet und darf meine Daten nur im Rahmen der obig genannten pseudonymisierten Verwendung nutzen.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung mit IAight® nicht von dieser Datenschutz-Einwilligung abhängig ist und ich diese jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen oder einzelne Behandlungstermine davon ausnehmen kann.

Ich bin darüber informiert, dass mir der vom Entwickler der IAight®-Therapie kostenlos angebotene Zusatznutzen des LENICURA-Patienten-Portals nur mit dieser Datenschutz-Einwilligung zugänglich ist.

AUSKUNFT/WIDERRUF

Zur Auskunft und zum Widerruf, wende ich mich an meinen behandelnden Arzt bzw. an sein Praxispersonal. Dieser ist für meine Daten verantwortlich. Im Falle des Widerrufs meiner Datenschutzeinwilligung werden alle meine in der Dokumentations-Software gespeicherten Daten aus dieser gelöscht. Eine Nutzung der Dokumentations-Software und des LENICURA-Patienten-Portal, ist dann nicht mehr möglich.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Ich möchte, dass mein behandelnder Arzt die Dokumentations-Software zur IAight®-Therapie nutzt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine pseudonymisierten Daten zu wissenschaftlichen, qualitätssichernden und kostenerstattungsgerichteten Zwecken ausgewertet werden und meine obig genannten Daten zu diesen Zwecken an den IAight®-Therapie-Entwickler (LENICURA) weitergeleitet werden. Zudem...
- ... möchte ich, dass mein Behandlungsverlauf per Foto dokumentiert wird.
- ... möchte ich einen Zugang zum LENICURA-Patienten-Portal, um die weiteren hiermit verbundenen kostenfreien Leistungen nutzen zu können. Mir ist bewusst, dass dies nur mit der Angabe meiner Email-Adresse möglich ist. Den Freischalt-Code erhalte ich vom Praxispersonal und wende mich auch an dieses, sollte ich mein Zugangs-Passwort vergessen. Im LENICURA-Patienten-Portal kann ich auch meine Behandlungshistorie einsehen (inklusive Fotos, sofern obig erlaubt).

Meine Email-Adresse lautet: _____

- Ich widerspreche jeglicher Nutzung der Dokumentationssoftware.

Ort, Datum

Unterschrift

AUFLISTUNG DER MEDIKAMENTE, DIE LICHTSENSIBILITÄT HERVORRUFEN KÖNNEN

Die alleinige oder kombinierte Einnahme unten genannter Substanzen erhöht das Risiko des Eintretens der Nebenwirkungen der IAlight®-Therapie und können, je nach Konzentration und Wirkstoff, zusätzlich permanente Schädigungen, wie Verbrennungen mit anschließender Narbenbildung und dauerhafte Pigmentveränderungen hervorrufen. Bringen Sie Ihr verordnetes Präparat im Zweifelsfall zur Besprechung mit dem Arzt mit.

Diese Liste ist nicht abschließend. Unterrichten Sie Ihren Arzt über alle Medikamente, die Sie einnehmen oder auf der Haut anwenden.

Entzündungshemmende Mittel/

Schmerzmittel:

Piroxicam (Felden)
Naproxen (Aleve, Proxen, Dolormin f. Frauen, u.a.)
Celecoxib (Celebrex)
Ibuprofen (Dolormin, Vivimed Migräne, Spalt Liqua, Mensoton, u.a.)
Ketoprofen (als Medikament oder Gel)
Diclofnac
Acetylsalicylsäure (Aspirin, u.a.)

Medikamente gegen Akne:

Isotretinoin (Aknenormin, Roaccutan)
Retinoide
Alitretinoin
Retinol
Acitretin
Tretinoin (Vesanoid Kps.)

Medikamente gegen Arthritis:

Goldsalz (Tauredon, Ridaura)

Krebshemmende Mittel:

Dacarbazin (Detimedac)
Fluorouracil (Onkofluor)
Methotrexat (Mtx, Lantarel, Metex)
Vinblastin

Antidepressiva:

Amitriptylin (Amineurin, Novoprotect, u.a.)
Bupropion (Zyban)
Desipramin (Pentylyl)
Doxepin (Aponal, Doneurin)
Fluoxetin (Flucin, Fluoxetin)
Imipramin (Tofranil)
Fluphenazin (Lyogen, Dapotum)
Maprotilin (Ludiomil, Deprilept)
Mirtazapin (Remergil)
Nortriptylin (Notrilen)
Paroxetine (Euplix, Seroxat, Tagonis)
Sertralin (Gladem, Zoloft)
Trimipramin (Stangyl, Surmontil, Eldoral)
Viloxazin (Vivalan)

Antihistamine:

Cetirizin (Zyrtec)
Cyproheptadin (Peritol)
Diphenhydramin (Betadrom, Dolestan forte, u.a.)
Loratadin (Lorano, Lisino)
Terfenadin (Terfenadin AL)

Antibakterielle Mittel:

Azithromycin (Zithromax, Ultreon)
Benzothiazid
Chlorothiazid
Chlorthalidon (Atenolol, Hygroton, u.a.)
Cyclothiazid
Griseofulvin (Fulcin, u.a.)
Hexachlorophen (Cresophene, Salvizol)
Lomefloxacin (Okacin)

Minocyclin (Skid)
Oxytetracyclin (Farco Tril, u.a.)
Sulfonamide
Sulfamethoxazole- Trimetoprim (Cotrimoxazol, Cotrim, u.a.)
Sulfasalazin (Azufildine, Salazopyrine)
Tetracykline (Tetilin, Vibramycin, Supracyclin, u.a.)
Clindamycin (als Medikament oder Lösung)
Gyrasehemmer (Chinolone, Cinnoline, Naphthyridine, Pyridopyrimidine)

Antimykotika:

Azol-Antimykotika
Clotrimazol (Canesten, Gyno-Canesten, u.a.)
Econazol (Pevaryl, Gyno-Pevaryl, u.a.)
Fluconazol (Diflucan, Generika)
Isoconazol (Travogen)
Itraconazol (Sporanox)
Ketoconazol (Nizoral, Terzolin, auch als Shampoo, u.a.)
Miconazol, Miconazol gegen Nagelpilz, Miconazol-Mundgel
Oxiconazol (Oceral)
Posaconazol (Noxafil)
Voriconazol (Vfend)

Angsthemmende Mittel:

Chlorpromazin (Propaphenin, Lyogen)
Haloperidol (Haldol, Haloneural)
Perphenazin
Promethiazin (Atosil, Closin, u.a.)
Resperidone
Thioridazin

Herzmittel:
ACE- Hemmer (Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril)
Amiodaron
Diltiazem (Dilzem)
Disopyramid (Norpax)
Lovastatin (Mevacor, Lovadura)
Pravastatin (Pravasin, Selipran)
Sotalol (Sotalax, Rentibloc, u.a.)
Simvastatin (Zocor)

Diuretica:

Hydrochlorothiazid (Dytide H. Turfa, u.a.)
Thiazide
Acetazolamid (Diamox, Glauapax, Diuramid)
Amilorid (Amiloretik, Diursan)
Bendroflumethiazid (Spirostada, Tensoflux)
Chlortalidon (Atenolol, Hyroton, u.a.)
Furosemid (Lasix)
Metolazon (Zaroxolyn)
Trichlormethiazid (Esmalorid, u.a.)

Mittel zur Senkung des Blutzuckers:

Glimepirid (Amaryl, Glimerid)
Tolbutamid (Orabet, u.a.)

Hormonpräparate:

Östrogen Ersatzpräparate
Hormonelle Verhütungsmittel
Andere Hormonpräparate

Pflanzliche Mittel:

Johanniskraut (Hypericum perforatum)
Agrimony (Agrimonia eupatoria)
Angelica Wurzel und Frucht (Angelica Spezies)
Bergamot Schale (Citrus bergamia)
Bitterorange Schale (Citrus aurantium)
Limonen Schale (Citrus Limonia)
Butterblume (Rannunculus Spezies)
Möhrenfamilie
Sellerie (Apium graveolens)
Pastinak (Heracleum lanatum)
Dill (Anithium graveolens)
Fenchel (Foeniculum vulgare)
Feige (Ficus carica)
Gänsefuß (Chenopodium Spezies)
Kella Frucht (Ammi visnaga)
Lomatium (Lomatium dissectum)
Liebstöckel (Lovisticum officiale)
Petersilie (Petroselinum sativum)
Psoralea Samen (Cullen corylifolia, Psoralea corylifolia)
Quenn Anns lace (Daucus carota)
Rue leaves (Ruta graveolens)
Schafgabe (Achillea millefolium)

Sonnenschutzmittel, mit folgenden

Inhaltsstoffen

Benzophenones
PABA (p-aminobenzoic Säure)