

## Umfrageergebnis Lipotransfer 2009

*Als wie unangenehm empfanden Sie die Fettentnahme?*

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| Gar nicht unangenehm                | 44% |
| Unangenehm aber durchaus erträglich | 47% |
| Sehr unangenehm                     | 9%  |

*Welche der folgenden Nebenwirkungen hatten Sie an der Fettentnahmestelle?*

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| Leichte Schmerzen               | 56% |
| Starke Schmerzen                | 12% |
| Bluterguss                      | 38% |
| Vorübergehendes Taubheitsgefühl | 50% |
| Andere Nebenwirkungen           | 0%  |

*Wie lange hielten die Rötungen und Schwellungen an den Fettentnahmestellen an?*

|                     |     |
|---------------------|-----|
| Ein bis zwei Tage   | 6%  |
| 2-5 Tage            | 38% |
| Ca. 1 Woche         | 20% |
| Ca. 2 Wochen        | 15% |
| Länger als 2 Wochen | 21% |

*Als wie unangenehm empfanden Sie anschließende Eigenfettinjektion?*

|                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| Gar nicht unangenehm                | 15% |
| Unangenehm aber durchaus erträglich | 59% |
| Sehr unangenehm                     | 26% |

*Wie lange hielten die Rötungen und Schwellungen an den Injektionsstellen an?*

|                     |     |
|---------------------|-----|
| Ein bis zwei Tage   | 12% |
| 2-5 Tage            | 29% |
| Ca. 1 Woche         | 18% |
| Ca. 2 Wochen        | 18% |
| Länger als 2 Wochen | 23% |

*Wie viel Prozent des Eigenfetts blieben nach der ersten Injektion erhalten?*

|            |     |
|------------|-----|
| 0-10%      | 15% |
| Ca. 20-30% | 47% |
| Ca. 30-50% | 35% |
| Ca. 60-90% | 3%  |
| 100%       | 0%  |

*Wie viel Prozent des Eigenfetts bleiben nach zweiten Injektion erhalten?*

|            |     |
|------------|-----|
| 0-10%      | 9%  |
| Ca. 20-30% | 35% |
| Ca. 30-50% | 44% |
| Ca. 60-90% | 12% |
| 100%       | 0%  |

*Wie zufrieden sind Sie mit dem Gesamtergebnis Ihrer Eigenfettbehandlung?*

|                     |     |
|---------------------|-----|
| Sehr zufrieden      | 32% |
| Zufrieden           | 32% |
| Mäßig zufrieden     | 30% |
| Nicht zufrieden     | 3%  |
| Gar nicht zufrieden | 3%  |

*Hat die Behandlung bei Ihnen zu einer dauerhaften Verbesserung geführt?*

|           |     |
|-----------|-----|
| Ja        | 47% |
| Teilweise | 47% |
| Nein      | 6%  |

*Würden Sie die Behandlung noch einmal durchführen lassen?*

|            |     |
|------------|-----|
| Ja         | 56% |
| Vielleicht | 35% |
| Nein       | 9%  |