

Einverständniserklärung Operation zum Aufklärungsgespräch vom:

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Geplante Behandlung:

Entfernung von:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben eine oder mehrere Hautveränderungen, die entfernt werden soll/en. Nach unserem Aufklärungsgespräch über das operative Vorgehen und die Risiken des geplanten Eingriffes weisen wir Sie hier noch einmal auf die wichtigsten Punkte hin:

1. Die Eingriffe finden in örtlicher Betäubung statt (sog. Lokalanästhesie).

2. Zum operativen Vorgehen haben wir folgendes besprochen:

- a)** Shaveexzision: oberflächliches abschälen der Veränderungen, ggf. Nachbehandlung mittels Co2-Laser.
- b)** Exzision: Herausschneiden der Hautveränderung ggf. Naht der Wunde, ggf. auch plastischer Verschluss.
- c)** Hauttransplantation: Deckung des durch Exzision entstandenen Defektes durch Haut, die an einer anderen Körperstelle entnommen wird.
- d)** Kauterabtragung: Oberflächliches Verdampfen/Verbrennen/ Koagulieren mittels Strom.
- e)** CO2-Laser: Verdampfen, Abtragen der Hautveränderung mit dem Laserstrahl.
- f)** Gefäß-wirksamer Laser: Entfernung roter und blauer Hautverfärbungen.
- g)** Entfernung Pigmentflecken sowie Tattoos mit dem Laserstrahl.

3. Als allgemeine chirurgische Risiken bei Entfernung von Hautveränderungen gelten:

Unverträglichkeit des örtlichen Betäubungsmittels mit Schock ähnlichen Symptomen, Blutverlust, Gerinnungsstörung, große Blutergüsse, je nach Tiefe des Eingriffes (in der Dermatologie extrem selten) auch Schädigung von Hautnerven, tiefer liegenden Nerven Muskeln, Sehnen oder Blutgefäße mit entsprechenden Komplikationen / Funktionsausfällen (z.B. taubes Gefühl).

4. Postoperative Komplikationen und postoperatives Verhalten:

Blutungen, große Blutergüsse (Hämatome), Schwellungen, Infektionen, Wundheilungsstörung (besonders bei Diabetikern), Farbänderung oder operierten Stelle, breite und auch überschießende Narbenbildung (sogenannte Keloide). Alle Verfahren hinterlassen Spuren, auch wenn diese kaum sichtbar sein können. Es können jedoch auch auffällige Verfärbungen und unschöne Narben zurückbleiben. Bei unvollständiger Entfernung ist ein Wiederauftreten der Hautveränderungen (Rezidiv). Ggf. sind Folge/Zweiteingriffe nach Vorliegen des feingeweblichen Befundes notwendig.

Postoperativ sollte alle behandelten Stellen mind. 24 Stunde trocken gehalten werden, Wasserdichte Pflaster sollen nur zum Duschen kurzfristig appliziert werden. Bei genähten Wunden muss ein Wasserkontakt für mind. 3 Tage unterbleiben. Wenn Ihnen die Eingriffsstelle Sorgen bereitet (Röte, Schmerz, Eiter, Verdickung nach einigen Wochen o.ä.) melden Sie sich bitte umgehend und zeigen und das Problem. Die Eingriffsstellen sollten 3 Monate vor direkter Sonneneinstrahlung geschützt werden.

Abschließend noch 4 Fragen zur Risikoeinschätzung:

- | | |
|---|-----------|
| 1. Besteht eine Blutungsneigung? Nehmen Sie Aspirin(ASS), Clopidogrel oder Marcumar zur Blutverdünnung? | Ja / Nein |
| 2. Besteht eine Allergie gegen Medikamente, Betäubungsmittel, Pflaster oder Latex? | Ja / Nein |
| 3. Leiden Sie an hohem oder niedrigem Blutdruck, Herzrhythmusstörungen? | Ja / Nein |
| 4. Ist eine chronische Infektionskrankheit wie Hepatitis oder HIV bekannt? | Ja / Nein |
| 5. Nehmen Sie Medikamente, wenn Ja welche? | Ja / Nein |
| 6. Zusatz Frage bei Frauen; Können Sie Schwanger sein? | Ja / Nein |

Der Eingriff ist heute gewünscht, es ist keine weitere Bedenkzeit notwendig Ja / Nein

Einverständniserklärung:

Im Folge der ausführlichen mündlichen Aufklärung und nach Lektüre des Merkblattes erkläre ich mich mit der Durchführung des oben beschriebenen Eingriffes einverstanden.

Unterschrift Patient/-in, Erziehungsberechtigte/r

Unterschriftaufklärende Ärztin/Arzt

Histologische Untersuchung

Wir weisen sie daraufhin, dass bei den meisten dermatologischen Eingriffen Haut zur feingeweblichen Untersuchung entnommen wird. Da diese Hautprobe in ein histologisches Labor gesendet wird, ist es unumgänglich, dass auf den Proben Ihr Name und Ihr Geburtsdatum vermerkt sind. Aus Abrechnungstechnischen Gründen liegt auch ein Überweisungsschein der Sendung bei, auf dem die personenbezogenen Daten Ihrer Krankenversicherungskarte wie auf jedem anderen Überweisungsschein eingedruckt sind.

Privatpatienten müssen zusätzlich wissen, dass das histopathologische Labor in der Regel wie auch wir über eine privatärztliche Verrechnungsstelle abrechnet. Das bedeutet, dass die Rechnungsdaten (Diagnose, Name, Geburtsdatum, Adresse) auch an diese Verrechnungsstelle weitergegeben werden. Mit der Einwilligung zur OP stimmen Sie auch diesem Vorgehen bei der Abrechnung der histopathologischen Leistung zu.

Datenschutzbestimmungen und Schweigepflicht werden selbstverständlich gewahrt.

Neuss, den _____

Unterschrift

Leistungen außerhalb der GKV (IGeL-Leistung)

gewünschte Leistung / GOÄ- GOP / Euro-Betrag

Mir ist bekannt, dass meine gesetzliche Krankenversicherung eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die oben beschriebene darüberhinausgehende Leistungserbringung durch die obige Hautarztpraxis.

Ich weiß, dass die Behandlung seitens meiner Krankenkasse nicht erstattungsfähig ist und dass der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Neuss, den _____

Unterschrift