

Klinikum am Gesundbrunnen • Am Gesundbrunnen 20-26 • 74078 Heilbronn

Prof. Dr. med. Harald Löffler
 Direktor der Hautklinik
 Hauttumorzentrum Heilbronn-Franken

Tel.: 07131 49-35010
 Fax: 07131 49-47-35010

OP-Einverständniserklärung

Diagnose und Lokalisation:

Name:

Vorname:

Geb. am:

Einverständniserklärung für (ggf. siehe auch Skizze umseitig)

- Operative (Teil-) Entfernung mit ggf. plastischer Deckung (Lappenplastik oder Hauttransplantat)
 - zunächst ohne Wundverschluss / mehrzeitig
 - mit primärem Wundverschluss / einzeitig
-

Betäubung: örtliche Betäubung

Vollnarkose

Die unterzeichnende Ärztin / der unterzeichnende Arzt hat mich in einer verständlichen Form über Art und Bedeutung meiner Krankheit sowie die Behandlungsformen aufgeklärt. Mit wurden sowohl das Ziel der o.g. operativen Behandlung als auch mögliche Risiken und nachteilige Folgen – auch im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten – ausführlich erläutert.

Zu den Risiken können zählen: Blutung während oder nach der Operation, Wundheilungsstörungen (Bildung überschießender Narben oder Keloide, Infektionen), übermäßige oder mangelnde Färbung der Haut (Pigmentverschiebungen), Verletzung von Hautnerven und darauf folgendes Taubheitsgefühl, teilweises oder komplettes Absterben (Nekrose) von Hautlappen oder Transplantaten, Schrumpfen von Narben oder Transplantaten, Ausbildung von Wundsekretergüssen (Serom, Lymphocele), Verletzung motorischer Nerven mit Beeinträchtigung der Muskelfunktion (Lähmung) sowie Gefäßverletzungen, Betäubungsmittelunverträglichkeit, Unverträglichkeit des zur Markierung von Lymphknoten eingespritzten Farbstoffes, Gelenk-/ Sehnenverletzung mit Bewegungseinschränkung, Rezidivrisiko (Wiederauftreten).

Über mögliche alternative Behandlungsverfahren (z.B. Bestrahlung) wurde ich informiert.

-Fortsetzung aus der Rückseite-

Wenn Sie ambulant operiert werden und Ihnen ein örtliches Betäubungsmittel verabreicht wird, dürfen Sie nach dem Eingriff kein Fahrzeug bedienen, da dieses die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen kann. Bitte treffen Sie daher vorher Absprache mit Angehörigen oder Freunden bezüglich des Transportes oder informieren Sie uns vorher, falls Sie ein Taxi benötigen.

Spezielle Risiken:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnung (ASS, Marcumar, Plavix, ect.) | <input type="checkbox"/> Metalle |
| <input type="checkbox"/> Betäubungsmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Hepatitis, HIV |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Metformin |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | |

Individuelle Anmerkungen:

Ich bin einverstanden, dass der vorgeschlagene Eingriff von den Ärzten der Hautklinik Heilbronn vorgenommen wird. Ich bin mit Änderungen und Erweiterungen des Eingriffes einverstanden, falls sich diese während der Operation als erforderlich erweisen.

Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich informiert. Ich hatte ausreichend Zeit, mir das Mitgeteilte in Ruhe zu überlegen und dann meine freiwillige Entscheidung zu treffen

_____, den _____
Ort _____ Datum _____

Unterschrift Patient, bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Ärztin/Arzt
(zugleich Beglaubigung der Patientenunterschrift)