

OP-Aufklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wünschen die operative Entfernung einer Hautveränderung. Hierbei wird die betreffende Stelle ggfs. mit einem vorher festzulegenden Sicherheitsabstand spindelförmig oder rund herausgeschnitten und der entstehende Defekt durch geeignete Technik wieder verschlossen. Die Haut wird zuvor durch Injektion eines lokal wirksamen Betäubungsmittels schmerzunempfindlich gemacht. Je nach Ausdehnung des Eingriffs muss der Wundverschluss mittels Naht erfolgen, ggfs. kann auch eine Drainage (zum Sekretabfluss) notwendig sein. In Absprache mit Ihnen wird das entfernte Hautstück zur feingeweblichen Untersuchung eingeschickt.

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der Behandlung:

- Blutung, postoperative Schmerzen
- allergische Reaktion auf Betäubungsmittel oder Verbandmaterial
- Infektion
- Reißen oder Aufklaffen der Wunde
- Wundheilungsstörung, Narbenbildung
- Sensibilitätsstörung, Nervenläsion

Risikofaktoren/Kontraindikationen:

- Allergien (bitte angeben): _____ nein ja
- Herz-Kreislaufkrankungen nein ja
- Epilepsie/Krampfleiden nein ja
- Gerinnungsstörung (z.B. Marcumar; Aspirin kürzer als 5 Tage vorher eingenommen) nein ja
- Schwangerschaft/Stillzeit nein ja
- akute Entzündungen im betroffenen Bereich nein ja
- Rauchen nein ja
- Ansteckende Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis nein ja

Lokalisation des geplanten Eingriffs: _____

Ich benötige eine Kopie dieses Formulars nein ja

Einwilligung

Ich, _____, geb. _____, habe heute anhand der Hinweise im Merkblatt und der Ergebnisse der Voruntersuchung ein abschließendes ärztliches Aufklärungsgespräch erhalten. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Bedenkzeit. Ich willige hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff einschließlich der erforderlichen Nebeneingriffe ein. Ich bin mit Änderungen und Erweiterungen des Eingriffs einverstanden, die sich während der Durchführung als notwendig erweisen. Ich stimme der feingeweblichen Untersuchung und Maßnahmen zu, die sich für die Diagnosefindung als erforderlich erweisen (z.B. Übermittlung anamnestischer Daten und/oder klinischer Bilder; Spezialfärbungen). Im Falle einer Krebserkrankung bin ich mit der den gesetzlichen Verpflichtungen entsprechenden Meldung an das Landeskrebsregister einverstanden.

_____, den _____

(Unterschrift des Arztes)

(Unterschrift des Patienten (gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigter))