

## **Einverständniserklärung für einen operativen Eingriff**

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Wie besprochen, ist bei Ihnen ein operativer Eingriff am ....., um..... Uhr in örtlicher Betäubung geplant. Der Eingriff dient entweder der Entfernung einer Hautveränderung oder der Entnahme einer Hautprobe zur mikroskopischen Untersuchung.

Art des Eingriffs: .....

Aus rechtlichen Gründen sind wir gehalten, Ihre Einwilligung hierzu schriftlich festzuhalten. Bitte lesen Sie, bevor Sie unterschreiben, folgende Hinweise, die zu Ihrer Aufklärung dienen sollen:

Jeder operativer Eingriff hat eine Narbe zur Folge. Diese kann insbesondere nach Entfernung größerer Hauttumoren, in ihrem weiteren Leben sichtbar bleiben. Selbstverständlich sind wir bemüht, das Endergebnis unseres Eingriffes so günstig wie möglich zu gestalten; andererseits kann, vor allem bei jüngeren Menschen, in seltenen Fällen eine überschießende Narbenbildung auftreten, die kosmetisch störend wirken kann. Die Neigung zu überschießender Narbenbildung ist genetisch verankert und lässt sich nicht sicher vorhersehen. Auch Sie selbst können zu einer unauffälligen Narbenbildung beitragen. Vermeiden Sie in den ersten Monaten Sonneneinwirkung auf die frische Narbe und übermäßige Bewegungen im Operationsgebiet.

Auch bei streng keimfreiem, operativen Vorgehen kann es in seltenen Fällen zu einer Wundinfektion mit Wundheilungsstörungen kommen. Diese Gefahr besteht insbesondere in Hautregionen mit vermehrter Keimbeseidlung (Achsel-, After- und Genitalbereich). Eine Wundinfektion würde für Sie eine verzögerte Heilung sowie ein schlechteres kosmetisches Resultat bedeuten. Beachten Sie unsere Empfehlungen bezüglich des Verbandwechsels und halten Sie Wunden, solange noch Fäden liegen, trocken.

In sehr seltenen Fällen tritt eine Überempfindlichkeit auf das eingespritzte örtliche Betäubungsmittel auf, die im Extremfall zu akuten Kreislaufzwischenfällen führen kann. Im Einzelfall sind noch weitere Komplikationen möglich wie Nachblutungen, Gefäß- oder Nervenverletzungen, Nichtanheilen (bei Hautverpflanzungen), Pigmentierungsstörungen (bes. beim Schleifen der Haut) oder: .....

Ich wurde darüber unterrichtet, dass die obengenannte Maßnahme bei mir durchgeführt werden soll. Über Art, Zweck und Hergang des Eingriffes sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Behandlung/Operation und zum Unterlassen des Eingriffs, wurde ich ausführlich informiert. Mir ist bekannt, dass sich unter Umständen erst während des Eingriffs eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahme als notwendig herausstellen kann. Ich bin auch auf mögliche körperliche/seelische Komplikationen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen worden.

Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme und Methode sowie mit erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden.

Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannte Leiden und Beschwerden genannt habe. Ich habe alle Medikamente, die ich einnehme, angegeben.

**Ich trage  einen/  keinen Herzschrittmacher.**

Bei mir ist keine Unverträglichkeit von örtlichen Betäubungsmitteln bekannt.

Das entfernte Gewebe wird histologisch (feingeweblich) untersucht, um eine Bestätigung der klinischen Diagnose oder eine Schnittrandkontrolle (vollständige Entfernung) zu gewährleisten. Dieses Vorgehen entspricht den allgemein empfohlenen Richtlinien in der Medizin. Die daraus entstehenden Kosten können mit der Krankenversicherung abgerechnet werden.

Sollten Sie Ihren vereinbarten Operationstermin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, den Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir ihn an einen anderen Patienten vergeben können. Wir bitten Sie um Verständnis, dass – bei nicht rechtzeitig erfolgter Absage – für die ungenützte Zeit 40 € in Rechnung gestellt werden muss.

Darmstadt, den .....

.....

Patient Priv.-Doz.Dr.med.habil.C.G.Schirren