

Einwilligungserklärung zum Laserskinresurfacing

Hiermit erkläre ich,

geb.am:

mich einverstanden, ein Laserskinresurfacing durchführen zu lassen. Ich bin eingehend über das operative Vorgehen, die Risiken, die Nebenwirkungen und Komplikationen des operativen Eingriffs und der örtlichen Betäubung aufgeklärt. Mit der Fotodokumentation des Ausgangsbefundes und einem Abschlussfoto zur Beurteilung des operativen Ergebnisses bin ich einverstanden. Über Alternativen wie Operation, Botox und Unterspritzung wurde ich aufgeklärt.

Darüber hinaus wurde ich über spezielle Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen der Laserbehandlung aufgeklärt (Rötung, Krusten, Narben, Sonnenempfindlichkeit, Fehlpigmentierungen).

Nach gründlicher Überlegung willige ich in den vorgesehenen kosmetischen Eingriff einschließlich der Schmerzbetäubung sowie den erforderlichen Untersuchungen und Nebeneingriffen ein.

Mir ist bekannt, dass besondere Umstände, die erst während des Eingriffes festgestellt werden, zu einer Änderung des Operationskonzeptes mit Erweiterung der Operation zwingen können und erkläre mich auch damit einverstanden. Mir ist bekannt, dass nicht sicher gesagt werden kann, wie viele Sitzungen bei mir notwendig sind.

Mir ist bewusst, dass die Gewähr, das angestrebte kosmetische Ergebnis der ärztlichen Bemühungen zu erreichen, vom Arzt und seinen Erfüllungsgehilfen nicht übernommen werden kann.

Das Verfahren und die zu erwartenden Ergebnisse sind mir erklärt worden, und ich verstehe diese Behandlung und ihre Folgen als auch die Alternativen zur Lasertherapie.

Die genaue klinische Veränderung nach dem Lasereingriff kann nicht vorhergesagt werden. Ich erkenne an, dass keine Garantie bezüglich des Zustandes des Teints, der Hautporengröße, der Falteneliminierung oder des allgemeinen Aussehens gegeben werden kann. Während der Resurfacing-Behandlung werden sich die im Aufklärungsblatt genannten Beschwerden (insbesondere Rötungen und Krusten) bemerkbar machen. Die Haut an der Verbindungsstelle zwischen dem behandelten und dem unbehandelten Bereich, aber auch die behandelte Haut, kann einen Unterschied in Farbe, Pigmentierung und Struktur aufweisen.

Ich bin darüber informiert worden, dass das kosmetische Ergebnis nicht vorhersehbar ist und dass ein Behandlungsergebnis, das meinen Wünschen entspricht, nicht garantiert werden kann.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist. Über das erforderliche Verhalten nach dem Eingriff bin ich ebenfalls informiert worden.

Ich willige hiermit in den vorgeschlagenen und ausführlich besprochenen Eingriff und die empfohlene Anästhesie (Betäubung) sowie in evtl. notwendige Folge- und Nebeneingriffe ein. Ich habe den/die behandelnden Arzt/Ärzte wahrheitsgemäß darüber informiert, welche Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Blutungsneigung, Herz-, Leber-, Lungen-, Nierenleiden, Allergien, insbes. Lokalanästhetika, Antibiotika etc.) bei mir vorliegen und welche Medikamente ich einnehme.

Ich verpflichte mich, so oft wie nötig zur Kontrolle zu kommen und werde die Anweisungen des behandelnden Arztes zur Nachtherapie (Medikamente) und Sonnenschutz befolgen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Abteilung für ästhetisch und operative Medizin eine Bestellabteilung ist, die mit längeren Terminvorläufen arbeitet und in der nur ein Patient zu einem länger andauernden, individuell festgelegten Operationstermin bestellt wird. Bei

Nichterscheinen zum OP-Termin oder bei verspäteter Absage gewährt die Rechtsprechung dem Arzt ein Ausfallhonorar. Um diese Unannehmlichkeiten zu vermeiden, verpflichte ich mich dazu, Termine bis 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage werden 50,- € in Rechnung gestellt.

Bochum, den

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

.....
Unterschrift Patient/in