

OP-Termine bei Verhinderung oder Unentschlossenheit unbedingt rechtzeitig absagen!

Falls Sie unentschlossen bzgl. der OP sind, unbedingt, den OP-Termin absagen und einen Beratungstermin vereinbaren. Ansonsten müssen wir Ihnen eine OP-Ausfallrechnung inklusive geöffnetes OP-Material in Rechnung stellen. Wir reservieren bis über 1 Stunde OP-Zeit plus OP-Assistentin für Sie, diese Termine sind begehrt und nur für Operationen reserviert.

Einverständnis für operative Entfernung einer Hautveränderung

Patientenname: _____

Vorgesehener Eingriff: Entfernung eines Pigmentmals oder von mehreren Pigmentmalen
 Entfernung von _____

Bitte duschen Sie am Morgen vor der Operation aus hygienischen Gründen.

Bei Ihnen wird eine Hautveränderung in örtlicher Betäubung entfernt und durch Hautnaht verschlossen. Die Fäden werden in der Regel im Gesicht nach 1 Woche und am Körper nach 2 Wochen entfernt.

Folgende Nebenwirkungen/ Folgen können zum Teil auch dauerhaft auftreten:

- Nachblutung, Bluterguss, Schwellung
- Schmerzen
- Unschöne Narbe, Narbenwucherungen erhöhtes Risiko im Brustbereich, an den Schultern und am oberen Rücken
- Allergie gegen das örtliche Betäubungsmittel oder Pflaster
- Entzündung, Infektion, Wundheilungsstörung

Zwei Wochen nach der Operation: Kein Sport, keine Sauna, kein Schwimmen

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Ja Nein

Marcumar oder Ähnliches muss in der Regel gegen Heparin ausgetauscht werden einige Tage vor der Operation in Absprache mit dem Hausarzt. ASS, Acetylsalicylsäure oder Aspirin kann weiter genommen werden.

2. Haben Sie eine **Allergie gegen örtliche Betäubungsmittel** z.B. Probleme in der Vergangenheit bei einer Betäubungsspritze beim Zahnarzt? Ja Nein

3. Allergie gegen sonstige Medikamente bekannt?

Ja Nein Wenn ja, welche _____

4. Haben Sie eine **Erkrankung**?

Ja Nein Wenn ja, welche _____

Ich habe die Aufklärung verstanden und habe keine weiteren Fragen. Ich willige in den vorgesehenen Eingriff einschließlich der Schmerzbetäubung ein. Soweit sich während der Durchführung der vorhergesehenen Maßnahmen zwangsläufig Änderungen oder Erweiterungen geben sollten, bin ich auch hiermit einverstanden. Mir ist bewusst, dass die Gewähr, das angestrebte kosmetische Ergebnis der ärztlichen Bemühungen zu erreichen, vom Arzt nicht übernommen werden kann.

Datum _____

Unterschrift des Arztes _____ Unterschrift des Patienten _____