

Name: \_\_\_\_\_

### **Lasertherapie von störenden Hautveränderungen (z. B. Warzen)**

#### **Radiofrequenztherapie bei Äderchen**

Die Lasertherapie und Radiofrequenztherapie stellt den modernen Stand der Technik dar.

Auch bei dieser Behandlungsmethode kann zu einer Narbenbildung kommen, die aber kosmetisch wesentlich günstiger zu erwarten ist als bei herkömmlichen Methoden. Bei entsprechend veranlagten Personen kann es in sehr seltenen Fällen auch zu einer **überschießenden Narbenbildung** kommen.

Die gelaserten Hautveränderungen können sich auch erneut dort bilden (Rezidiv). Dann ist eine erneute Laserbehandlung möglich.

Die möglichen - allerdings seltenen – Komplikationen der Laserbehandlung entsprechen ansonsten den von anderen operativen Eingriffen her bekannten:

**Wundinfektion, Blutung, Farbveränderungen der Haut (heller, dunkler oder rötlicher Fleck).**

An behaarten Körperstellen kann im Arbeitsbereich des Lasers ein Verlust oder Ausdünnung der Behaarung entstehen.

#### **Patientenerklärung:**

Ich habe diese Aufklärung ausführlich durchgelesen und verstanden. Mir ist bewusst, dass die Gewähr, das angestrebte kosmetische Ergebnis der ärztlichen Bemühungen zu erreichen, vom Arzt und seinen Erfüllungsgehilfen nicht übernommen werden kann. Ich erkläre, dass mit mir über Art, Hergang, Bedeutung, mögliche Folgen und Risiken der vorgesehenen Behandlung sowie über das zu erwartende Ergebnis ein Aufklärungsgespräch geführt wurde, in dem alle Punkte dieser schriftlichen Aufklärung besprochen wurden. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Ich willige in den vorgesehenen Eingriff einschließlich der Schmerzbetäubung ein. Soweit sich während der Durchführung der vorgesehenen Maßnahme zwangsläufig Änderungen oder Erweiterungen ergeben sollten, bin ich auch hiermit einverstanden.

1) Ich wünsche die Laserentfernung von folgender Hautveränderung:

---

2) Auf die Möglichkeit folgender Komplikationen wurde ich besonders hingewiesen

Wiederauftreten, Schmerzen, Rötung, Kruste

---

\_\_\_\_\_  
Datum, Uhrzeit    Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum, Uhrzeit    Unterschrift des Patienten