

# DERMATOLOGIE GEILENKIRCHEN

Irene Korfmann

Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Allergologie

Konrad-Adenauer-Str. 86, 52511 Geilenkirchen

Tel: 02451-4094394

## AUFKLÄRUNG ÜBER RISIKEN BEI OPERATIVEN EINGRIFFEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bei Ihnen ist folgender operativer Eingriff vorgesehen:

**Stanzbiopsie/ Cürettage/ Stanzexcision/ Excision** von Hautveränderungen (z.B. Muttermal, Tumor, aktinische Keratosen) an

---

---

### Risiken der Operation:

Den Erfolg einer Behandlung und ihre Risikofreiheit kann kein Arzt garantieren.

Allgemeine Gefahren wie **(Nach)blutungen, Wundinfektionen** lassen sich bei operativen Eingriffen nie gänzlich vermeiden. Durch die unvermeidliche Schädigung von Hautnerven können nach der Operation gelegentlich **Gefühlsstörungen** und **Schmerzen** auftreten. In wenigen Fällen kann es zu **Verletzungen von Muskelnerven** kommen. Bei Operationen sind **Narben**, seltener auch **Keloide** (überschießende Narbenbildung) kaum zu vermeiden. Die Eingriffe werden in örtlicher Betäubung durchgeführt. Selten können Sie darauf **allergisch** reagieren. Ebenfalls selten kann es zu einem **kosmetisch störendem Ergebnis** kommen (z.B. durch hellere oder dunklere Verfärbungen). Unnötige Bewegungen, die Spannung auf die Wundränder ausüben, oder intensive Sonnenbestrahlung der Narben sollten für einige Wochen nach dem Eingriff gemieden werden. Manchmal können **Nachexcision(en)** bei einem nicht vollständig entfernten Tumor erforderlich sein.

Bitte weisen Sie die Ärztin auf eventuelle persönliche Risikofaktoren wie **Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z.B. ASS, Xarelto, Pradaxa, Marcumar), Infektionen, Allergien, Vorhandensein z.B. eines Schrittmachers und Stoffwechselerkrankungen** hin:

---

---

Ich hatte Gelegenheit mit der Ärztin ausführlich über den geplanten Eingriff zu sprechen.

Ich bin mündlich und durch dieses Merkblatt verständlich und ausreichend bezüglich Art, Zweck und Hergang des Eingriffs, sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile als auch Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden der Behandlung, zum Unterlassen des Eingriffs und über mögliche Komplikationen aufgeklärt worden. Zu weiteren Fragen hatte ich Gelegenheit.

Aus Datenschutzgründen stimme ich zu, dass der Befund nur mit mir persönlich besprochen werden kann oder mit der Person, welche ich explizit im Datenschutzformular angegeben habe.

Ich bin informiert worden, dass ich aufgrund der lokalen Betäubung in den nächsten ca. 2 Stunden nach dem Eingriff nicht am Straßenverkehr teilnehmen sollte.

Ich erkläre mich mit der/den vorgesehenen Maßnahme(n) und Methode(n) einverstanden. Ich versichere, dass ich alle mir bekannten Erkrankungen und Leiden genannt habe.

Geilenkirchen, den \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin \_\_\_\_\_

