

St. Josef-Hospital Bochum - Universitätsklinik  
Dermatologische Klinik (Direktor: Professor Dr. P. Altmeyer)

## Einverständniserklärung für die Laserbehandlung

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am:

erkläre für mich       erkläre für mein Kind:

mein Einverständnis für folgenden Eingriff:

Lasertyp:

Mögliche, seltene Komplikationen bei der Laserbehandlung:

- *Unverträglichkeit des örtlichen Betäubungsmittels*
- *Wundentzündung/Wundheilungsstörungen*
- *unbefriedigendes Ergebnis*
- *Narbenbildung: überschießend (Keloid/Hypertrophie)*
- *sehr dunkle/helle Pigmentierung der Haut (Hyper- /Hypopigmentierung)*
- *Reströtung bis ca. drei Monate danach*
- *unvollständige Entfernung der Läsion*

Die Bedienung der Laser erfolgt durch eine/n Ärztin/Arzt oder speziell ausgebildetes Fachpersonal.

Wir sind verpflichtet, Sie auf alle möglichen Reaktionen und Komplikationen hinzuweisen, dies gilt auch bei geringster Wahrscheinlichkeit.

Eventuelle, spezielle Komplikationsmöglichkeiten für die o. g. Behandlung:

- Patientenmerkblatt**
- Ein Aufklärungsbogen wurde mir ausgehändigt:       ja       nein
- Ich habe weitere Fragen:       nein       ja
- Ich bin ausreichend informiert und aufgeklärt:       ja       nein
- Mir sind die alternativen therapeutischen Möglichkeiten erklärt worden:       ja       nein
- Ich werde die ärztlichen Anweisungen zur Nachsorge (z.B. Sonnenschutz) einhalten:       ja       nein

Bei ästhetischen Leistungen, die nicht rein medizinisch begründet sind, fällt die gesetzliche Mehrwertsteuer an. Bei etwaigen Rechtsstreitigkeiten ist der Gerichtsstand in Bochum.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Fachpersonal

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsber.