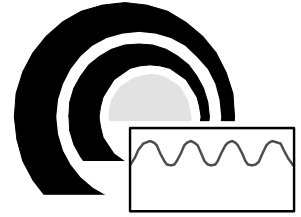
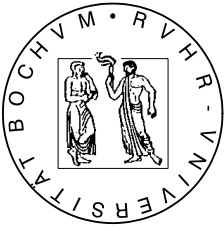


# Dermatologische Klinik der Ruhr-Universität Bochum im St. Josef Hospital (Direktor: Univ. Prof. Dr. med. P. Altmeyer)



---

Allgemeine u. operative Dermatologie - Hautkrebszentrum - Allergologie - Phlebologie - Dermatohistopathologie - Umweltmedizin -  
Kollagenosen

---

Universitäts-Hautklinik Gudrunstraße 56 D-44791 Bochum

**Gudrunstraße 56**  
**D-44791 Bochum**  
**Tel: (+49) 0234/509-1**  
**Fax: (+49) 0234/509 3445**

## Einwilligungserklärung

Patient: Frau/ Herr .....

Hiermit erkläre ich ,....., mich einverstanden, ein kombiniertes Laser und/oder Elektroschlingenverfahren durch Dr. Hoffmann, Dr. Bechara und Kollegen/in zur Behandlung meines Rhinophyms durchführen zu lassen. Ich bin eingehend über das operative Vorgehen, die Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen des operativen Eingriffs und der örtlichen Betäubung aufgeklärt. Außerdem habe ich das ausgehändigte Informationsblatt genau durchgelesen und habe die Aufklärung verstanden. Mit der Fotodokumentation des Ausgangsbefundes zur Beurteilung des operativen Ergebnisses bin ich einverstanden.

Darüber hinaus wurde ich über spezielle Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen einer Laserbehandlung aufgeklärt: Schmerzen, Schwellung, Verbrennungen, Blutung, Blutergüsse, Infektion, Wundheilungsstörung, unerwünschte Narbenbildung, Gewebeerhärtung, Unregelmäßigkeiten im Hautrelief, Pigmentverschiebungen der Haut.

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

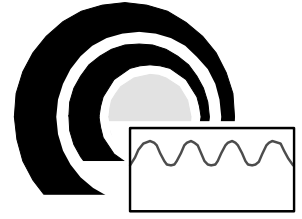
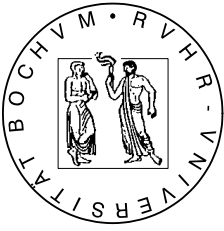
Mir ist bekannt, dass besondere Umstände, die erst während des Eingriffes festgestellt werden, zu einer Änderung des Operationskonzeptes mit Erweiterung der Operation zwingen können und erkläre mich auch damit einverstanden.

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

**Hautteam**



# Dermatologische Klinik der Ruhr-Universität Bochum im St. Josef Hospital (Direktor: Univ. Prof. Dr. med. P. Altmeyer)



---

Allgemeine u. operative Dermatologie - Hautkrebszentrum - Allergologie - Phlebologie - Dermatohistopathologie - Umweltmedizin - Kollagenosen

---

Universitäts-Hautklinik Gudrunstraße 56 D-44791 Bochum

**Gudrunstraße 56**  
**D-44791 Bochum**  
**Tel: (+49) 0234/509-1**  
**Fax: (+49) 0234/509 3445**

Das Verfahren und zu erwartende Ergebniss(e) sind mir erklärt worden, und ich verstehe diese Behandlung und ihre Folgen. Die folgenden Punkte wurden klargestellt. Obwohl eine gewisse Verbesserung zugesichert werden kann, kann die genaue klinische Veränderung nicht vorausgesagt 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 einige Beschwerden und ein Ödem bemerkbar machen. Meine Nase ist von Schorf bedeckt, der sich gewöhnlich nach 5-10 Tagen ablöst. Es kommt dann zu einer kontinuierlichen Defektheilung des behandelten Areals.

Meine Haut wird ein rötliches Erscheinungsbild zeigen, das mehrere Wochen bis Monate anhalten kann. Pigmentveränderungen können in den behandelten Bereichen auftreten. In seltenen Fällen können wahrnehmbare Vernarbungen auftreten. Die Haut an der Verbindungsstelle zwischen dem behandelten und dem unbehandelten Bereich kann ein Unterschied in Farbe, Pigmentierung und Struktur aufweisen.

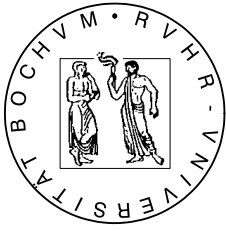
Ich bin darüber informiert worden, dass das kosmetische Ergebnis nicht vorhersehbar ist und dass ein Behandlungsergebnis, das meinen Wünschen entspricht, nicht garantiert werden kann.

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

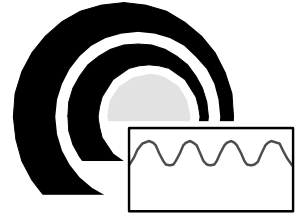
Ich willige hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff und in die empfohlene Anästhesie sowie in evtl. notwendige Folge- und Nebeneingriffe ein. Ich habe Dr. Sander wahrheitsgemäß darüber informiert, welche Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Blutungsneigung, Herz-, Leber-, Lungen-, Nierenleiden, Allergien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

Hautteam





# Dermatologische Klinik der Ruhr-Universität Bochum im St. Josef Hospital (Direktor: Univ. Prof. Dr. med. P. Altmeyer)



---

Allgemeine u. operative Dermatologie - Hautkrebszentrum - Allergologie - Phlebologie - Dermatohistopathologie - Umweltmedizin -  
Kollagenosen

---

Universitäts-Hautklinik Gudrunstraße 56 D-44791 Bochum

**Gudrunstraße 56  
D-44791 Bochum  
Tel: (+49) 0234/509-1  
Fax: (+49) 0234/509 3445**

Ich verpflichte mich, so oft wie nötig zur Kontrolle zu kommen und ich werde allen Anweisungen zu Pflegeprogrammen nach der Behandlung folgen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Abteilung der ästhetisch - operativen Dermatologie eine Bestellabteilung ist, die mit längeren Terminvorläufen arbeitet und in der nur ein Patient zu einem länger andauernden, individuell festgelegtem Operationstermin bestellt wird. Bei Nichterscheinen zum Operationstermin oder bei verspäteter Absage gewährt die Rechtsprechung dem Arzt ein Ausfallhonorar. Um diese Unannehmlichkeiten zu vermeiden, verpflichte ich mich dazu, Termine bis zu 30 Minuten Dauer mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, länger dauernde Termine vorher. Bei ästhetischen Leistungen, die nicht rein medizinisch begründet sind, fällt die gesetzliche Mehrwertsteuer an. Bei etwaigen Rechtsstreitigkeiten ist der Gerichtsstand in Bochum.

Bochum, den

---

Unterschrift der(s) Ärztin/Arztes

---

Unterschrift der(s) Patientin(en)

**Hautteam**

