



## **Aufklärungsblatt zur operativen Entfernung einer Schleimhautveränderung**

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

es wurde festgestellt, dass bei Ihnen eine Hautveränderung operativ entfernt werden soll. Die Gründe dafür sind vielfältig. Medizinisch notwendig ist die Entfernung von Tumoren, abzuklärender Hautveränderungen und funktionsbehindernder Narben. Darüber hinaus werden auf Wunsch des Patienten auch gutartige Veränderungen entfernt und kosmetische Eingriffe vorgenommen. Diese sind in der Regel privat zu bezahlen und werden gesondert mit dem Operateur besprochen.

**Wie?** – In örtlicher Betäubung wird die Hautveränderung entfernt. Die Wunde wird mit Nähten verschlossen, die nach 5-7 Tagen entfernt werden.

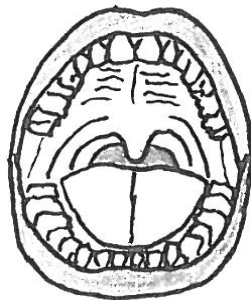
### **Welche möglichen Komplikationen können auftreten?**

Nach jeder Operation kann es zu Schwellung, Schmerzen, Nachblutung und Wundheilungsstörungen kommen. Es entsteht eine Narbe, die in der Regel sehr unauffällig ausheilt. Dieses kann evtl. etliche Monate dauern. Lesen Sie bitte die Empfehlungen für das Verhalten nach der Operation.

### **Sehr selten kann es darüber hinaus auch zu folgenden Komplikationen kommen:**

- ▶ kosmetisch unbefriedigende Narbenbildung (Hypertrophe Narben, Keloide oder auch Verziehungen der Haut, Dellen, „Knubbel“)
- ▶ Nervschädigung die eventuell den Ausfall von Gefühl oder Beweglichkeit der Gesichtsmimik im OP-Gebiet nach sich ziehen kann. Die können selten auch bleibend sein.
- ▶ bei Tumoren ist die Operation eventuell in mehreren Operationsterminen nötig, d. h. entsprechend der histologischen Untersuchung können zusätzliche Eingriffe zur vollständigen Tumorentfernung oder auch zur Defektdeckung erforderlich sein

▶ \_\_\_\_\_



Um Risiken zu vermeiden, geben Sie bitte vor der Operation alle Erkrankungen, Allergien und Ihre Medikamente an! Bitte beachten Sie die Empfehlungen für das Verhalten nach der Operation, insbesondere das Rauchverbot für etwa 1 Woche. Sie sollten kühlen und das Wundgebiet trocken halten und schonen.

Die aktive Teilnahme am Straßenverkehr (z.B. Autofahren) ist nach Behandlungen in örtlicher Betäubung bzw. Vollnarkose vom Gesetzgeber untersagt!

### **Einverständniserklärung:**

Der operative Eingriff wurde mir verständlich erklärt, ich konnte alle meine Fragen zur Operation stellen, habe keine weiteren Fragen und willige hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff ein.

Ich habe die Verhaltensempfehlungen erhalten.

Bei Privatpatienten können zusätzliche Kosten für notwendige histologische Untersuchungen entstehen.

Berlin, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patienten\*in/  
Erziehungsberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Dr. Eva-K. Essig MSc.



**Vereinbarung privatärztlicher Leistungen  
für gesetzlich versicherte Patienten**

**zwischen**

Dr. Eva-Katharina Essig MSc.

**und**

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

Im Anhang sind die Leistungen aufgeführt, die nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind.

**Erklärung des Patienten / Zahlungspflichtigen**

Ich bin von meiner Zahnärztin über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung im Sinne der Leistungserstattung der gesetzlichen Krankenkasse aufgeklärt worden. Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ich bin darüber unterrichtet, dass die gesetzliche Krankenversicherung (Krankenkasse) zu diesen Kosten **keinen** Zuschuss gewährt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung der nachstehenden Behandlungsmaßnahme.

Ich bestätige, dass ich eine Ausführung dieser Vereinbarung erhalten habe, über Kosten, Alternativen und Risiken aufgeklärt wurde und für die entstehenden Kosten aufkomme.

**Cortisoninjektion zur Schwellungsprophylaxe: 20,00€ (GOÄ 252: 3 – 4 x + Material Dexabene)**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient/  
gesetzlicher Vertreter/  
Zahlungspflichtiger

\_\_\_\_\_  
Dr. Eva-K. Essig MSc.