

Erbium Laser



Einverständniserklärung / Behandlungsvertrag

Name

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich habe das Informationsblatt gelesen und bin vom Arzt über die Laserbehandlung aufgeklärt worden.

Mir wurde eine Kopie dieser Patienteninformation ausgehändigt.

Über mögliche Nebenwirkungen und Risiken der u.g. Behandlung, insbesondere über: Rötung des behandelten Areals, die für mehrere Wochen anhalten kann; in Abhängigkeit vom Hauttyp kann es auch zu einer Pigmentverschiebung (die Haut ist dann heller oder dunkler als die umliegende Haut) kommen, die jedoch in den meisten Fällen rückbildungsfähig ist.

Narbenbildung ist extrem selten. Bei Entfernung von Altersflecken kommt sie praktisch nicht vor. Auch Infektionen sind sehr selten; gelegentlich kann es zum Aufflackern von Herpes Infektionen kommen.

Nach der Entfernung dermalen Naevuszellnaevi kann es zu einem teilweisen Nachwachsen der Hautveränderung kommen bzw. zu einer scheinbaren Neubildung von Pigment (Braunverfärbung). Sollte dies bei Ihnen der Fall sein, müssen Sie sich erneut bei uns vorstellen.

Ich wünsche die Durchführung einer lasermedizinischen Entfernung von

.....

Mir ist bekannt, daß medizinisch-kosmetische Leistungen nicht durch die gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig sind, und daß die Kosten am Tag der Leistungserbringung zu bezahlen sind.

Datum

Unterschrift des Patienten