

Trichloressigsäure - Peeling

Einwilligungserklärung

Patient(in): _____

Mit meiner Unterschrift willige ich in ein Trichloressigsäure-Peeling durch Frau Dr. med. Eicholtz ein. Ich wurde von ihr eingehend über das operative Vorgehen, die Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen des operativen Eingriffs aufgeklärt. Mit der Fotodokumentation zur Beurteilung des Operationsergebnisses bin ich einverstanden.

Darüber hinaus wurde ich über spezielle Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen des Trichloressigsäure-Peeling aufgeklärt:

Schmerzhaftigkeit der Behandlung; Brennen und Jucken an den Tagen nach der Behandlung, Rötung und Schwellung der Haut, Abschälen der Haut im behandelten Areal, Infektionen, Wundheilungsstörung, länger anhaltende Rötung, Pigmentverschiebungen der Haut, Narbenbildung, allergische Reaktionen.

Sonstiges

-
- ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen und habe keine weiteren
 - ich bitte um zusätzliche Aufklärung über

Außerdem akzeptiere ich, daß in bezug auf das Resultat des Trichloressigsäure – Peelings durch Frau Dr. med. Eicholtz keine definitiven Aussagen gemacht werden. Somit erhebe ich auch keinerlei Garantieanspruch auf ein bestimmtes Eingriffsergebnis. Ich bin damit einverstanden, daß mir im Bedarfsfall Medikamente verabreicht werden oder Blut abgenommen wird. Mit allen ggf. erforderlichen Erweiterungen des operativen Eingriffes bin ich einverstanden. Ich erkläre, alle persönlichen Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ich erkläre, daß ich mich im Falle von unerwünschten Reaktionen oder Komplikationen sofort mit Frau Dr. med. Eicholtz oder ggf. mit einem mir genannten ihn vertretenden Kollegen in Verbindung setze. Entsprechende Telefonnummern werden mir ausgehändigt. Ich erkläre, daß ich zum Zeitpunkt der Operation

nicht schwanger bin, keine innerlichen Isotretinoinbehandlungen in den letzten 12 Monaten hatte und ich nicht - soweit mir bekannt - zu überschießender Narbenbildung neige.

Datum

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient