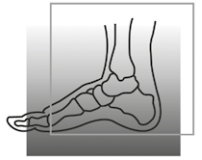


# Dokumentation des Aufklärungsgespräches



## Patientendaten

Fallnummer

Name der Patientin / des Patienten

Geburtsdatum

Adresse

Krankenkasse

## Diagnose(n)

Rechte Seite

Linke Seite

Datum des Eingriffs:

## Arzt Daten / Name in Druckbuchstaben

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient,  
bei Ihnen liegt die oben genannte Erkrankung/Fehlstellung vor.

## Behandlungsmethoden

Grundsätzlich kann auch eine konservative Behandlung Erfolg versprechen, z. B. durch Einlagenversorgung, Tragen von orthopädischen Hilfsmitteln etc. In Ihrem Fall ist ein konservatives Vorgehen nicht sinnvoll bzw. haben die durchgeführten konservativen Behandlungen nicht zum Erfolg geführt, was für eine operative Behandlung spricht.

Sollte der Operationsverlauf unvorhersehbar eine Änderung, Erweiterung und/oder Verfahrenswechsel des besprochenen Vorgehens erforderlich machen, sind Sie hiermit einverstanden. Andernfalls müsste der Eingriff unterbrochen werden, um ein weiteres Mal hierzu mit Ihnen zu sprechen. Dadurch würde sich die Behandlung verzögern und das Risiko von Komplikationen, auch von schweren Komplikationen, steigen.

Bei Ihnen ist folgender Eingriff/folgendes Vorgehen geplant:

---

---

---

---

---

---

---

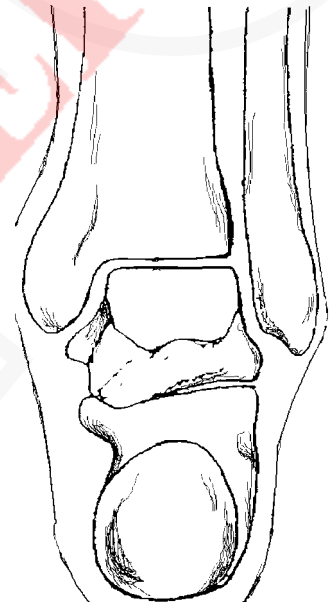
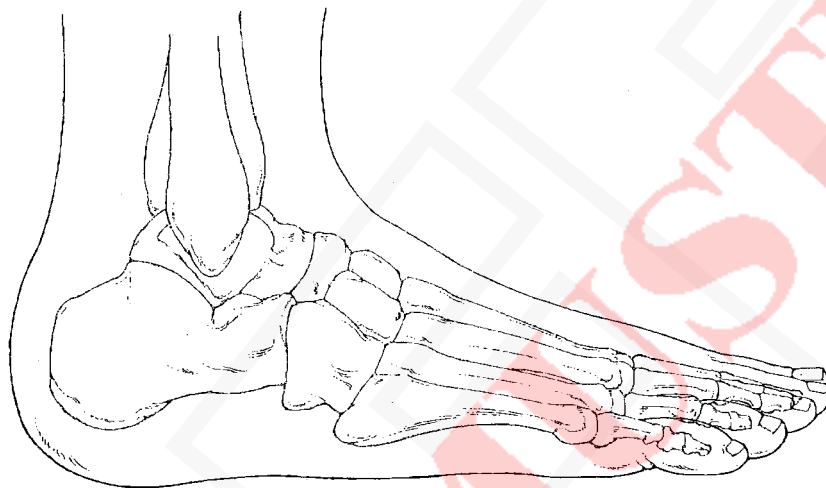
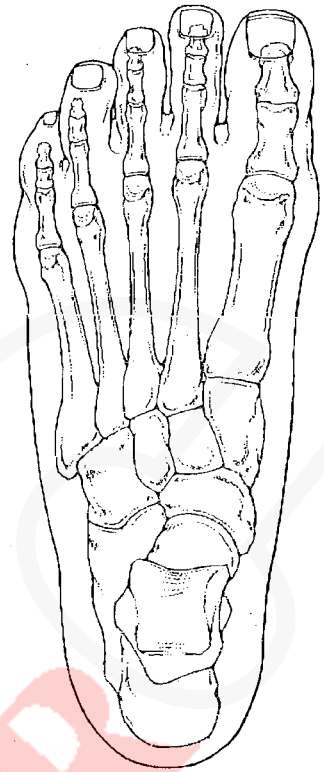
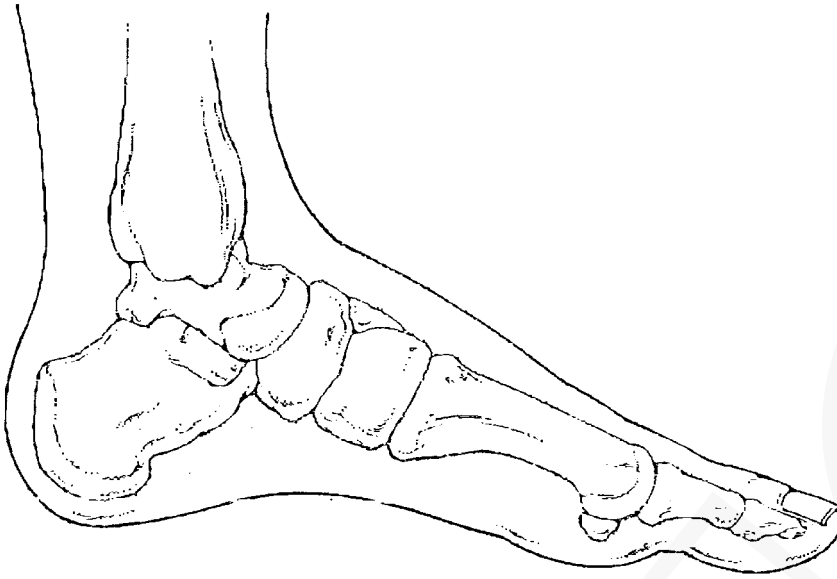
---

---

---

Dieser Eingriff wird in Vollnarkose, Regionalanästhesie oder örtlicher Betäubung durchgeführt werden. Über das Betäubungsverfahren, Einzelheiten hierzu sowie insbesondere auch Risiken werden Sie gesondert aufgeklärt.

## Skizzen:



Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift Ärztin/Arzt

## Risiken

Jeder operative Eingriff birgt auch bei kunstgerechter Ausführung Risiken. So können folgende Komplikationen auftreten:

### Allgemeine Risiken

- Druckschäden an Blutgefäßen und Nerven mit der Folge von Taubheitsgefühl, schmerzhaften Narben vollständiger oder teilweiser Lähmung
- Nachblutung, Blutergüsse und Weichteilschwellungen mit der Folge von Durchblutungsstörungen mit nachfolgenden Gewebeschäden von Haut, Muskel und Weichteilen (z.B. Kompartment-Syndrom)
- Schäden durch Einwirkungen von Kriechströmen, Wärmematten, Blutsperre, Desinfektionsmittel mit der Folge von Taubheitsgefühl, Hautschäden/schmerzhaften Narben sowie ganz oder teilweiser Lähmung
- Funktionsdefizite durch Vernarbungen und Verkalkungen bis hin zur vollständigen Einsteifung des Gelenks
- Allergische Reaktionen oder Unverträglichkeit z.B. durch Medikamente, Desinfektionsmittel oder Latex mit der Folge von Schwellungen, Rötungen, Juckreiz, Niesen, Schwindel, Erbrechen bis zu Beeinträchtigung lebenswichtiger Funktionen (z.B. Atmung, Herz, Niere, Kreislauf) bis hin zu akutem Kreislaufschock mit selten bleibenden Schäden
- Blutgerinnsel- Bildung in den Venen (Thrombose) mit der Folge einer Embolie, ggfs. mit tödlichem Ausgang
- Störung der gesamten Blutgerinnung/ erhöhte Blutungsneigung
- Nerven-, Weichteil- und Hautschäden durch Einspritzungen



### Operationsbedingte Risiken

- Verletzungen von Weichteilen und Nerven
- Verletzungsbedingte Notwendigkeit der Gabe von Blut oder Blutbestandteilen mit der Gefahr einer Infektion
- Infektionsgefahr durch Übertragung von Fremdknochen
- Wundheilungsstörungen/Infektion/Knocheninfektion mit der Folge einer Blutvergiftung oder chronischen Knochenentzündung
- Zehenverlust/Amputation durch Durchblutungsstörung und Infektion
- irreversible Muskel-, Sehnen-, Gefäß- oder Nervenschädigung mit der Folge von Gefühlsverlust oder Taubheit
- schmerzhafte Narbenbildung/Kontrakturen
- allergische Reaktionen auf Fremdmaterial (Verbandmaterial, Metall, Nahtmaterial) verzögerte oder ausbleibende Knochenheilung
- Implantat- und Instrumentenbruch während der Operation
- notwendige Nachfolgeeingriffe
- zunehmende oder/und chronische Schmerzen
- lang anhaltende Schwellneigung
- Verschlechterung des voroperativen Zustandes
- Amputationsgefahr bei gefährdeten Extremitäten
- Reißen von Nähten bei zu früher Belastung
- Ggfs. Strahlenbelastung durch Röntgenkontrollen

### Mögliche Spätfolgen

- Schmerzzunahme, bleibende Bewegungseinschränkung der/ des Fußgelenke/s
- Wiederkehren der Fehlstellung
- Zunahme der Fehlstellung
- Bildung eines Falschgelenks (Pseudarthrose)
- Schlechteres Gehvermögen gegenüber bisher
- Erwünschtes Schuhwerk kann nicht getragen werden
- Störung des Knochenwachstums bei Kindern (bei Frakturen in den Wachstumsfugen)
- Orthopädische(s) Schuhzurichtung/ Schuhwerk muss getragen werden
- Überkorrektur
- Keine vollständige Korrektur der Fehlstellung
- Materiallockerung/Endoprothesenlockerung/Materialwanderung mit der Folge von Schädigung nahegelegener Strukturen und mit notwendiger Wechseloperation
- Übersteigter Knochenabbau mit entzündlichen Erscheinungen und starken Schmerzen (chronisches, neuropathisches Schmerzsyndrom)
- Fett- oder Knochenmarksembolie
- Muskelschrumpfung mit der Folge von Bewegungseinschränkung der Gelenke

### Besonderheiten bei Eingriffen:

Infolge des Eingriffes ist möglicherweise zu Hause eine Betreuung erforderlich.

### Nachbehandlung

Auch bei sorgfältigster Operationstechnik kann ein Heilerfolg nicht garantiert werden. Zug durch Narbenbildung oder Gewebeschrumpfung (z.B. Gelenkkapsel, Sehnen) können sowohl das ästhetische als auch das funktionelle Ergebnis nachteilig beeinflussen. In schweren Ausprägungen kann es sogar zu einer Verschlechterung des Ausgangszustandes kommen, manchmal auch mit der Notwendigkeit einer erneuten operativen Korrektur.

Zusätzlich zur konsequenten Nachbehandlung ist daher Ihre Mitarbeit nach der operativen Maßnahme erforderlich, damit das Ergebnis für Sie als Patient so zufriedenstellend als möglich ausfällt.

Für Sie ist es außerdem wichtig zu wissen, wie sich die Nachbehandlung bei komplikationslosen Verlauf in der Mehrzahl der Fälle gestaltet:

<b>Dauer der Nachbehandlung:</b>	<input type="checkbox"/> 4W	<input type="checkbox"/> 6W	<input type="checkbox"/> 12W	<input type="checkbox"/> >14W
<b>Ruhigstellender Verband / Gebrauch von Orthesen:</b>	<input type="checkbox"/> 4W	<input type="checkbox"/> 6W	<input type="checkbox"/> 12W	<input type="checkbox"/> >14W
<b>Thromboseprophylaxe:</b>	<input type="checkbox"/> 4W	<input type="checkbox"/> 6W	<input type="checkbox"/> 12W	<input type="checkbox"/> >14W
<b>Medikation:</b>	<input type="checkbox"/> 4W	<input type="checkbox"/> 6W	<input type="checkbox"/> 12W	<input type="checkbox"/> >14W

Bedenken Sie bitte, dass dies auch für Sie nur eine erste Orientierung sein kann. Es gibt individuell erhebliche Unterschiede, die nicht vorhersagbar sind und nicht zwangsläufig bedeuten, dass eine Komplikation eingetreten ist.

Bitte beachten Sie, dass Sie nach der Operation

- an Gehstützen gehen müssen
- einen speziellen Schuh/Orthese/Hilfsmittel verwenden müssen
- nicht Autofahren können

## Fragen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein  
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin), Schlafmittel, Abführmittel, „Antibabypille“ oder: \_\_\_\_\_
2. Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen?  ja  nein  
Herz-Kreislaufsystem: Herzschmerzen (Angina pectoris), Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen  
oder: \_\_\_\_\_
3. Stoffwechselerkrankung: Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein  
oder: \_\_\_\_\_
4. Blut: häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzungen bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörung oder: \_\_\_\_\_  ja  nein
5. Haben Sie häufig Infektionen?  ja  nein  
Leiden Sie an einer Abwehrschwäche?  ja  nein
6. Neigen Sie zu überschießender Narbenbildung (Keloide)?  ja  nein
7. Haben Sie eine Allergie (Unverträglichkeit) gegen bestimmte Substanzen (z.B. Metalle, Pflaster, Latex, Medikamente), welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
8. Bestehen bei Ihnen noch weitere Erkrankungen / gesundheitliche Beeinträchtigungen?  ja  nein
9. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?  ja  nein  
Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_
10. Für Frauen: Nehmen Sie Hormone ein?  ja  nein
11. Sind Sie Raucher?  ja  nein  
Wir weisen darauf hin, dass bei Rauchern das Risiko für Komplikationen wesentlich erhöht ist.

## Anmerkungen der Ärztin/des Arztes:

---

---

---

---

## Notizen und Anmerkungen des Patienten:

---

---

---

---

### Einwilligungserklärung

Meine Ärztin/mein Arzt hat mich über die geplante Operation und auch etwaig erforderliche Weiterungen des Verfahrens ausführlich in einem Gespräch informiert. Ich hatte die Gelegenheit, mir alle wichtig erscheinenden Fragen zu dem geplanten Eingriff und zu etwaigen Risiken und Komplikationen zu stellen.

Ich fühle mich ausreichend informiert und habe keine weiteren Fragen. Mir wurde ausreichende Bedenkzeit eingeräumt und ich willige in die geplante Operation ausdrücklich ein.

Mit einer unvorhergesehenen und auch etwaigen medizinisch erforderlichen Erweiterung des Eingriffes erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin/ Patient

Unterschrift Ärztin/Arzt