

---

## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR LASERBEHANDLUNG**

### ***Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,***

Sie haben sich für eine Laserbehandlung entschieden, und damit für eine moderne und zeitgemäße Behandlungsmethode.

Wir behandeln Sie mit einem Erbium-YAG-Laser. Bei dieser Methode werden die obersten Hautschichten kontrolliert mittels Laserstrahlung abgetragen.

Mit dem Erbium-YAG-Laser kann man Falten glätten, sowie wulstige oder entstellende Narben in das Hautniveau zurückbringen. Das gilt auch für Akne-Narben.

Weiterhin kann man mit dieser Methode gutartige Hauttumoren, Altersflecke, Fettablagerungen in der Hautregion (Xanthelasma), Verhornungen sowie zahlreiche andere Hautveränderungen behandeln.

### **Wie lange hält das erreichte Ergebnis an?**

Das Verfahren wird seit einigen Jahren in den USA praktiziert und in Deutschland bereits erfolgreich angewendet. Bisher zeigten sich bei den Patienten auch nach Jahren anhaltend gute Ergebnisse.

### **Bitte beachten Sie bei der Behandlung folgendes:**

Mindestens 8 Wochen nach der Behandlung sollte die gelaserte Haut mittels Sonnenschutzcreme geschützt werden.

Nach der Behandlung bildet sich im Bereich der gelaserten Haut ein Schorf, der nach 10 bis 14 Tagen abfällt. Die Abheilung erfolgt wie bei einer Schürfwunde.

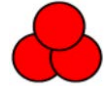
Bleibende Veränderungen der Hautfarbe kommen sehr selten vor und sind bei korrekter Nachsorge minimale Risiken, ebenso wie eventuelle Narbenbildung.

### **Verhalten nach der Behandlung:**

Am Tage der Behandlung sind die Verwendung von stark fettenden oder dekorativen Kosmetika sowie die Verwendung von Reinigungsmitteln zu vermeiden.

Bis zum Abfallen des Schorfes soll kein Wasser an die Wunde kommen.

Für einen Zeitraum von 3 Monaten muss die gelaserte Haut vor direkter Sonnenbestrahlung geschützt werden. Besonders an den Händen und im Gesicht sollten Sonnenschutzcremes verwendet werden.



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR LASERBEHANDLUNG

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Pat. Nummer: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass ich die Kosten für die geplante Lasertherapie in vollem Umfang übernehmen werde. Mir ist bekannt, dass diese Behandlung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist (kosmetische Indikation). Die Behandlung ist jedoch medizinisch sinnvoll. Ich bitte daher, die Behandlung bei mir durchzuführen und privat nach der Gebührenordnung für Ärzte zu liquidieren. Mir ist bekannt, dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet und nicht berechtigt sind, einen Teil dieser Privatliquidation zu erstatten.

### Mögliche Risiken der Laserbehandlung:

- Farbveränderung der Haut (dunkle/helle Pigmentierung)
- Narbenbildung
- Entzündung der behandelten Hautfläche
- Unvollständige Entfernung des Befundes
- Auftreten von Hautrötungen im behandelten Gebiet, die bis zu 6 Monate sichtbar sein können

Ich bin darüber aufgeklärt, dass Frau Dipl.-Med. Sigrid Blisse keinerlei Garantie für den vollständigen Erfolg der Behandlung übernehmen kann.  
Laserbehandlungen dürfen nicht auf vorgebräunter Haut vorgenommen werden.

### Verhalten nach der Behandlung:

Die behandelte Hautfläche muss in den ersten Tagen nach der Behandlung trocken gehalten werden, es kann unterstützend eine Wund- und Heilsalbe nach Absprache verwendet werden. Am entstehenden Schorf darf nicht manipuliert werden.  
Aufenthalt in der Sonne oder im Solarium ist für 4 bis 12 Wochen nach der Behandlung zu vermeiden. Es sollte ein konsequenter Lichtschutz (Sonnenschutzcreme Faktor 30) erfolgen.

### Einverständniserklärung

Ich bestätige durch meine Unterschrift, die vorliegende Vereinbarung gelesen und verstanden zu haben. Die Patienteninformation zur Laserbehandlung habe ich erhalten. Bei weiteren Fragen stelle ich diese vor der Behandlung durch Frau Dipl.-Med. Blisse.

---

Datum: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_ Patient bzw. Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_