

Operationseinwilligung

Name des Patienten: _____

Aufklärender Arzt: Dr. _____ Dr. _____

Diagnose: _____

Therapie: _____

Alternative Behandlungsverfahren:

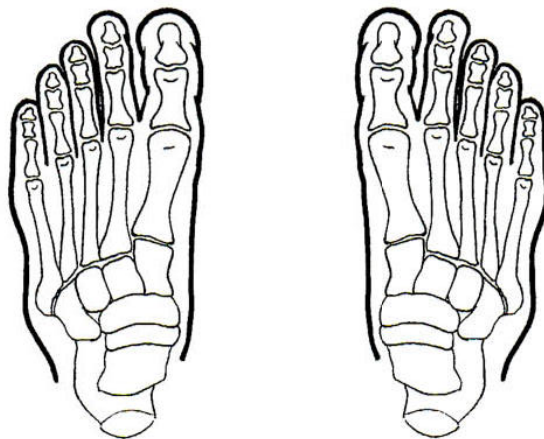
1. Einlagenversorgung
2. Behandlung mit Injektionen
3. Krankengymnastik
4. Veränderung des Schuhwerkes
5. Änderung der Lebensgewohnheiten
6. Fußpflege
7. keine Behandlung

Mögliche Risiken der Operation

1. Infektion / Knocheninfektion / Zehenverlust
2. Gefäß- / Nervenschädigungen
3. Verzögerte Wundheilung
4. schmerzhafte Narbe
5. verzögerte / ausbleibende Knochenheilung
6. zunehmende / chronische Schmerzen
7. erwünschtes Schuhwerk kann nicht getragen werden
8. chronische Schwellneigung
9. Schmerzen beim Gehen
10. Thrombose / Embolie / tödlicher Ausgang

Mögliche Komplikationen

1. Schmerzzunahme
2. Wiederkehren der Fehlstellung
3. Zunahme der Fehlstellung
4. Schlechteres Gehvermögen gegenüber bisher
5. Sehnen- / Nervenverletzung
6. Schmerzverlagerung
7. Folgeoperationen erforderlich
8. Überkorrektur
9. keine vollständige Korrektur der Fehlstellung
10. Metalllockerung / Metallentfernung



Mit dem geplanten Eingriff bin ich nach ausführlicher Aufklärung einverstanden. Einer notwendigen Erweiterung des geplanten Eingriffs zur Beseitigung der Fehlstellung gebe ich meine Zustimmung.

Datum der Unterschrift: _____

Datum der Aufklärung: _____

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter