



Dr. Gerhard Ascher  
Dr. Holger Ertelt  
Dr. Christoph Maluche  
Dr. Thomas Katzhammer  
PD Dr. Clemens Baier  
Ulrich Kreuels  
Peter Hopp

## Orthopädie Regensburg MVZ

### Einverständniserklärung für ambulante / stationäre Operationen

Vorname / Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Operationstag: \_\_\_\_\_

Bitte unbedingt Terminbestätigung und Uhrzeitvereinbarung am \_\_\_\_\_  
unter Telefon (0941) 46 31 714

#### Operationsort:

- Klinik im Medipark, Im Gewerbepark C 25, 93059 Regensburg, 09 41 – 2 08 64 40
- Asklepiosklinik Lindenlohe, Lindenlohe 18, 92421 Schwandorf, 0 94 31 – 88 80

Präoperative Diagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geplante / besprochene Eingriffe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aufklärender Arzt: \_\_\_\_\_

Die Operation und die grundsätzlichen und speziellen Risiken des ambulanten Eingriffs wurden ausführlich und ausreichend besprochen. Auf die zusätzlichen Aufklärungsbögen und die Möglichkeit der weiteren Nachfrage bei eventuellen Unklarheiten wurde hingewiesen. Die Einwilligung zur Operation kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden (Lt. § 630d Abs. 3 BGB).

**Wichtiger Hinweis:** Aus rechtlichen Gründen müssen Sie diese Einverständniserklärung zur Operation 2 Tage vorher unterschreiben und zur OP wieder mitbringen. Sollten Sie ohne Unterschrift erscheinen, kann die Operation NICHT stattfinden!  
Eine Unterschrift am OP-Tag ist NICHT zulässig!

Ort / Datum / Unterschrift: Patient/-in bzw. Aufklärender Arzt  
Erziehungsberechtigte/r



Qualitätssicherung AQS1  
Ambulantes Operieren

Im Gewerbepark C10  
D-93059 Regensburg

Orthopädie Regensburg MVZ GmbH

Ärztliche Leitung: Dr. Gerhard Ascher | Regensburg HRB 15369  
Geschäftsführer: Dr. Ascher, Dr. Ertelt, Dr. Maluche, Dr. Katzhammer, Kreuels, Hopp

Telefon (0941) 46 31 70  
Telefax (0941) 46 31 710

info@orthopaedie-gewerbepark.de  
www.orthopaedie-gewerbepark.de



QM-System zertifiziert  
nach DIN EN ISO 9001

## Dokumentation OP-Aufklärungsgespräch am Fuß

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

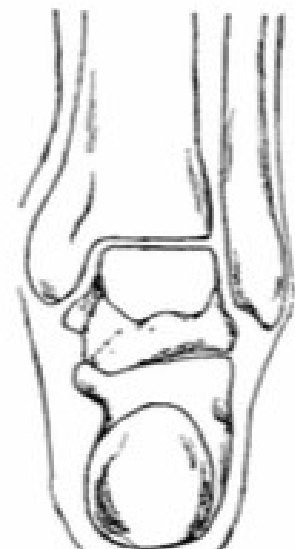
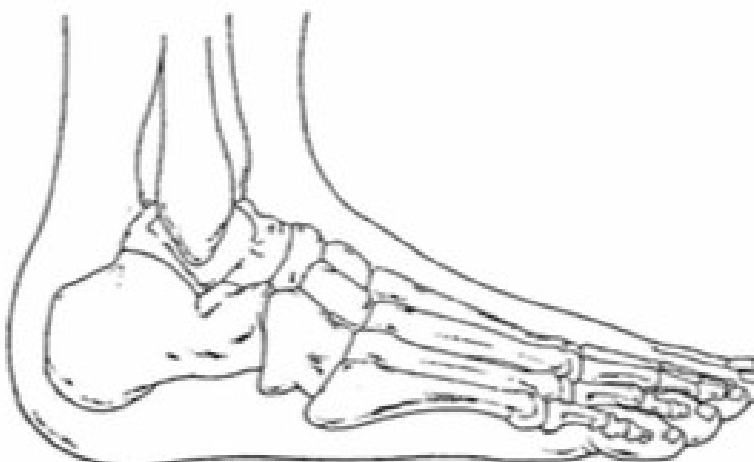
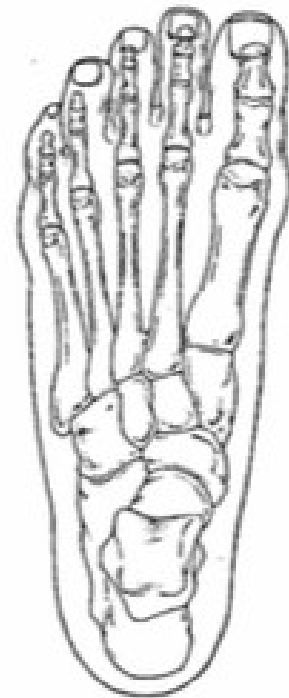
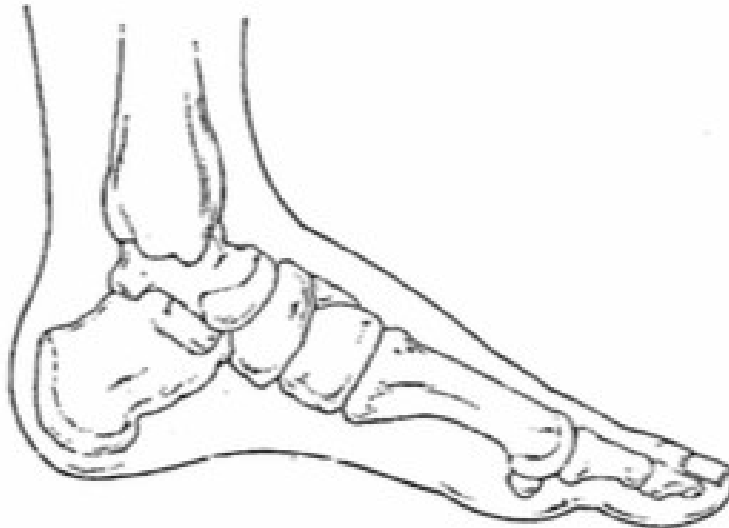
bei Ihnen liegt die oben genannte Erkrankung/Fehlstellung vor.

### 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 kann steigen.

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



## Erfolgsaussichten

Die operative Therapie führt selbst bei korrekter Indikation und sachgerechtem Verfahren nicht immer zu einem funktionell und ästhetisch befriedigenden Ergebnis, jedoch wird in der Regel eine dauerhafte Linderung der Schmerzen, normale Gehfähigkeit und ein zufriedenstellendes optisches Ergebnis erreicht. Um gute Behandlungserfolge zu erzielen, ist nicht nur das Operationsergebnis, sondern auch Ihre Mitarbeit durch konsequente Nachsorge wichtig.

## Grundsätzliches zu Risiken und Komplikationen

Die allermeisten Eingriffe verlaufen ohne jede Komplikation. Sie können sicher sein, dass Ihr Arzt sein ganzes Können, Wissen und seine Erfahrung einsetzen wird, um jede denkbare Gefährdung von Ihnen fernzuhalten. Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird jedoch auch durch die individuelle körperliche Verfassung und Vorerkrankungen beeinflusst.

Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie darüber informieren, dass es in extrem seltenen Fällen trotz größter Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit bei einer Operation zu sehr schweren Verläufen und Komplikationen kommen kann, welche es erfordern, dass eine nicht geplante Behandlung auf einer Intensivstation mit künstlicher Beatmung und weiteren invasiven Maßnahmen erfolgen muss. Je schwerer die zu operierende Erkrankung und der chirurgische Eingriff sind, desto eher kann sich diese Notwendigkeit ergeben. Beispiele für solche zusätzlich notwendig werdenden Maßnahmen / Eingriffe sind ein künstliches Koma, das Einlegen verschiedener Gefäßkatheter oder von Drainageschläuchen zwischen Rippen- und Lungenfell, ein Luftröhrenschnitt oder eine Nierentherapie (Hämofiltration, Hämodialyse). Bitte erklären Sie sich schon jetzt mit der Durchführung solcher Maßnahmen einverstanden.

Weitere Nachbehandlungen, ggf. auch Nachoperationen können erforderlich sein, welche in der Folge bei Verkettung unglücklicher Umstände extrem selten auch lebensbedrohlich sein können.

## 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
- Gefäß-, Nerven-, Weichteil- und Hautschäden
- **Infektionen** (lokal oder systemisch) mit Fieber, Schmerzen und Gelenkschwellung mit Eiterbildung

## Operationsbedingte Risiken

- Verletzungen von Weichteilen und Nerven
- Verletzungsbedingte **Notwendigkeit der Gabe von Blut oder Blutbestandteilen** mit der Gefahr einer Infektion
- **Infektionsgefahr (z.B. mit HIV, Hepatitis, CJK, ...)** 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
- Rezidiv-Fehlstellung (erneutes Auftreten der Fehlstellung weswegen operiert wurde)
- 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.
- Durch die Operation kann es zu einer **Über-/Unterkorrektur** sowie zu **Achs- oder Drehfehler** kommen. Diese könnten erneute Schmerzen hervorrufen.
- Keine vollständige Korrektur der Fehlstellung
- Materiallockerung/Endoprothesenlockerung/Materialwanderung mit der Folge von Schädigung nahegelegener Strukturen und mit notwendiger Wechseloperation
- Übersteigter Knochenabbau mit entzündlichen Erscheinungen, starken Schmerzen und Funktionseinschränkungen bis hin zur Versteifung des Fußes (**M. Sudeck – CRPS Typ I**)
- Fett- oder Knochenmarksembolie
- Muskelschrumpfung mit der Folge von Bewegungseinschränkung der Gelenke

### Besonderheiten bei Eingriffen:

---

Infolge des Eingriffes ist möglicherweise zu Hause eine Betreuung erforderlich.

### Was Sie vor dem Eingriff beachten sollten:

Bitte beachten Sie unbedingt die Anweisungen Ihrer Ärzte, ggf. der Narkoseärzte bezüglich der Nahrungsaufnahme vor dem Eingriff. Ihre Ärzte müssen wissen, welche Medikamente insbesondere welche **blutgerinnungshemmenden Medikamente** (z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Eliquis® usw.) oder **metforminhaltige** Arzneimittel (Diabetiker!) Sie regelmäßig einnehmen, damit mögliche Nebenwirkungen durch Zusammenwirken mit den vorgesehenen Medikamenten, Betäubungsmitteln oder Kontrastmitteln (Interaktionen) abgeschätzt werden können. Beantworten Sie daher bitte sorgfältig die Fragen am Ende des Aufklärungsbogens. **Ihre Ärzte werden dann mit Ihnen besprechen, welche Medikamente wie lange vor und nach der Operation abgesetzt, in der Dosis verändert oder durch andere ersetzt werden müssen.** Wenn notwendig wird eine **Thromboseprophylaxe** durchgeführt, die jedoch zu einer größeren Blutungsneigung führt. Ihre Ärzte werden mit Ihnen besprechen, ob dieses Risiko bei Ihnen in Kauf genommen wird.

### Was Sie nach dem Eingriff beachten sollten:

Zunächst wird sich im Anschluss an die Operation eine **Schwellung der Fuß- und Zehenregion** einstellen, der durch **konsequente Hochlagerung und Eisauflagen** begegnet wird. Sie erhalten in aller Regel zur Abschwellung, Entzündungshemmung und Schmerzstillung Medikamente (z.B. nichtsteroidale Entzündungshemmer).

Um einer Thrombose (Blutgerinnsel in einer Vene) vorzubeugen sollten Sie **möglichst bald beginnen**, das Bein regelmäßig vollständig zu **bewegen**.

Der operierte **Fuß muss** jedoch für einige Wochen **geschont werden**. Je nach Operation erhalten Sie einen Schuh, in dem genug Raum für die Zehen vorhanden ist und der durch eine steife Sohle Bewegungen der Gelenke und Belastungen des Vorfußes verhindert, da das Gehen in dieser Zeit hauptsächlich unter leichtem Bodenkontakt mit einem rezeptierten Verbandsschuh oder Vorfußentlastungsschuh erfolgen sollte. Dabei können auch Gehstöcke oder Unterarmgehstützen hilfreich sein.

Ihre Ärzte werden Ihnen mitteilen, wann ggf. die verwendeten Kirschnerdrähte und Platten/ Schrauben entfernt werden sollten und mit Ihnen besprechen, ob und welche Physiotherapie durchgeführt werden sollte.

Sport sollten Sie dem Heilungsverlauf entsprechend erst wieder etwa 12 Wochen nach dem Eingriff – langsam aufbauend – beginnen.

**Wenn sich stärkere Schmerzen einstellen oder Fieber über 38°C oder Gefühls- und Bewegungsstörungen oder Verfärbungen der Haut, müssen Sie unbedingt umgehend Kontakt mit Ihren Ärzten aufnehmen oder eine Klinik aufsuchen.**

**Bitte besprechen Sie mit Ihren Ärzten, wann und wie die unter Umständen veränderte Einnahme von Ihren gewohnten Medikamenten wieder aufgenommen werden sollte.**

**Nachkontrollen** sollten 2, 6 und 12 Wochen nach der Operation erfolgen.

## **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 komplikationslosem Verlauf in der Mehrzahl der Fälle gestaltet:

**Dauer der Nachbehandlung:**

---

**Ruhigstellender Verband / Gebrauch von Orthesen:**

---

**Thromboseprophylaxe:**

---

**Medikation:**

---

## **Bitte bei ambulanter Durchführung beachten:**

Ihr **Reaktionsvermögen** ist nach dem Eingriff durch den Eingriff selbst und durch die Nachwirkung von Beruhigungs-, Betäubungs- oder Schmerzmittel **eingeschränkt**.

**Sie sind daher nicht sofort wieder straßenverkehrstüchtig** und dürfen für einige Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, insbesondere kein Fahrzeug führen, keine schwierigen Maschinen bedienen, keinen Alkohol trinken und keine wichtigen oder rechtlich bindenden Entscheidungen treffen. Ihre Ärzte werden Ihnen dazu genaue Anweisungen geben.

**Bitte sorgen Sie daher bei ambulanter Durchführung des Eingriffs rechtzeitig dafür, dass Sie von einer erwachsenen Person abgeholt, nach Hause begleitet / gefahren und dort zuverlässig betreut werden**, sofern Ihre Ärzte nicht etwas anderes mit Ihnen besprochen haben.

**Unsere NOTFALLNUMMER bei Komplikationen nach der Operation erhalten Sie von uns mit dem Operationsbericht und Nachbehandlungsbogen am Operationstag.**

Sollten Sie uns im Ausnahmefall nicht erreichen, setzen Sie sich bitte umgehend mit Ihrem Hausarzt oder unseren Anästhesisten in der Klinik im Medipark, Tel. (0941) 2 08 64 40, in Verbindung. Oder wenden Sie sich an die Asklepios Orthopädische Klinik Lindenlohe, Telefon (09431) 888-0 bzw. an die Unfallchirurgische Abteilung (Chirurgie II) des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, Telefon (0941) 369-0.

Die Abholung kann ca. 3 – 4 Stunden nach der Operation erfolgen. **Sie dürfen nicht selbst mit dem Auto nach Hause fahren (rechtliche und medizinische Gründe)!**

Die **krankengymnastische Betreuung** und **Lymphdrainage** sind wichtiger Bestandteil der Nachbehandlung. Sie vermindert das Thromboserisiko und beschleunigt die Wiederherstellung und Arbeitsfähigkeit.

Bei starken Schmerzen, unüblicher Gelenkschwellung oder gar Rötung mit Infektionsverdacht sollten Sie unbedingt auch Ihren Operateur wieder zu Rate ziehen. Ansonsten wird Sie Ihr überweisender Arzt problemlos alleine weiter betreuen.

**Sonstiges**

**Zur Bestätigung des genauen Operationszeitpunktes müssen Sie vor der Operation (am vorher festgelegten Tag, siehe Einverständniserklärung auf der 1. Seite) nochmals mit unserer Praxis telefonisch Kontakt aufnehmen (0941 / 46 31 714).**

Ihre Kleidung sollte wegen des nach der Operation nötigen Verbandes genügend weit sein (z.B. Trainingsanzug). Bitte vergessen Sie nicht, Ihre Unterarmstützkrücken mitzubringen. Gleiches gilt für evtl. vor der Operation verordnete Medikamente, Kompressionsstrümpfe oder Schienen.

In Einzelfällen können wir Ihnen gegen einen **nicht** erstattungsfähigen Unkostenbeitrag die Übernachtung im Hause ermöglichen. Bitte beachten Sie hierzu den **Bogen „Übernachtungsmöglichkeit nach ambulanten Operationen“**.

Für Kassenpatienten genügt ein Überweisungsschein oder die Versichertenkarte Ihrer Krankenkasse (ambulante Behandlung). Aus organisatorischen Gründen muss der Überweisungsschein oder die Versichertenkarte vor der Operation in unserer Praxis im Computer erfasst sein.

Als Patient haben Sie die Möglichkeit, sich jederzeit vor einem operativen Eingriff eine Zweitmeinung in einer anderen Praxis einzuholen.

---

Über alternative überregionale und regionale stationäre Behandlungsmöglichkeiten (z.B. KH Barmherzige Brüder, Caritas KH St. Josef oder Uniklinik Regensburg) wurde ich aufgeklärt.

Ich entscheide mich aus freien Stücken, den geplanten operativen Eingriff unter ambulante Bedingungen in der Klinik im Medipark (Im Gewerbepark C25 Regensburg) durchführen zu lassen.

---

**Ort / Datum / Unterschrift: Patient/-in bzw.  
Erziehungsberechtigte/r**

---

**Aufklärender Arzt**

---

**Nur für Privatpatienten:**

Für Privatpatienten könnte das bei der Operation eingesetzte und verbrachte Einmalmaterial (wasserdichte Abdeckung, wasserdichter Strumpf, Klebestreifen, Spüllösung, Elektromesser, Shaver-Aufsatz zur Knorpelglättung u.a.) von manchen Versicherungen und Beihilfestellen nicht oder unvollständig erstattet werden.

Um der Sterilität und Operationsqualität willen müssen wir Ihnen den anfallenden Betrag von 100 – 250 EUR dennoch in Rechnung stellen. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis, uns diesen Betrag auch ohne Erstattung durch Ihre Kasse in voller Höhe zu ersetzen.

---

**Ort / Datum / Unterschrift: Privatpatient /-in**

## Fragen:

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen sorgfältig und vollständig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können.

*Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen.*

1. Nehmen Sie Medikamente ein?  Ja  Nein  
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto)  
Schlafmittel, Abführmittel, „Antibabypille“ oder: \_\_\_\_\_
  
2. Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser  
Erkrankungen? Herz-Kreislaufsystem: Herzschmerzen (Angina pectoris),  
Herzinfarkt, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, hoher Blutdruck, Atemnot  
beim Treppensteigen oder \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  
3. Stoffwechselerkrankung: Zuckerkrankheit (Diabetes), Schilddrüsenerkrankung,  
Nierenerkrankung oder: \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  
4. Blut: häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzungen bzw. nach  
Leichter Berührung, Gerinnungsstörung, Thrombose  
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 Allergien (Unverträglichkeiten) gegen bestimmte Substanzen?  
(z.B. Metalle, Pflaster, Latex, Medikamente?)  Ja  Nein  
\_\_\_\_\_
  
8. Bestehen bei Ihnen noch weitere Erkrankungen, gesundheitliche  
Beeinträchtigungen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
  
9. Leiden Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten?  
- Leberentzündung (Hepatitis)  Ja  Nein  
- Tuberkulose (Tbc)  Ja  Nein  
- Sind Sie HIV-positiv (Aids)  Ja  Nein
  
10. Sind Sie Raucher?  Ja  Nein
  
- 11: **Für Frauen:**  
Könnten Sie schwanger sein?  Ja  Nein  
Wenn ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_  
  
Nehmen Sie Hormonpräparate ein?  Ja  Nein

**Anmerkung des Arztes:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Notizen und Anmerkungen des Patienten:**

---

---

---

---

---

---

**Einwilligungserklärung:**

Mein Arzt hat mich über die geplante Operation und auch etwaig erforderliche Weiterungen des Verfahrens ausführlich in einem persönlichen Gespräch informiert. Ich hatte die Gelegenheit, mir wichtig erscheinende 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 ausreichend Bedenkzeit eingeräumt und ich willige in die geplante Operation ausdrücklich ein.

**Mit einer unvorhergesehenen und auch etwaigen medizinisch erforderlichen Erweiterungen des Eingriffes erkläre ich mit ausdrücklich einverstanden.**

---

**Ort, Datum, Uhrzeit**

---

**Unterschrift des Patienten bzw.  
beider Erziehungsberechtigten**

---

**Unterschrift Arzt**