Crosslinking Hornhaut



PROF. DR. BERNHARD LACHENMAYR PD DR. LUKAS REZNICEK DR. BERNHARD BUCHBERGER

FACHÄRZTE FÜR AUGENHEILKUNDE PRAXISKLINIK AMBULANTER OP

Name	Vorname	Geb.Datum
	Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,	
Aufklärung		
	bei Ihnen ist die Durchführung eines Eingriffs an der Hornhaut des Auges geplant. Der Eingriff dient der Stabilisierung des mechanischen Gefüges der gesamten Hornhaut im Rahmen der bestehenden Hornhauterkrankung (Keratokonus oder andere Deformierung der Hornhaut). Mit einer speziellen Behandlungstechnik, dem sog. Crosslinking kann die Vernetzung der Fibrozyten in der Hornhaut beschleunigt und verfestigt werden, so dass ein weiteres Voranschreiten des Keratokonus bzw. der Strukturveränderung der Hornhaut aufgehalten werden kann. Dazu wird ein spezielles Medikament wiederholt über einen längeren Zeitraum auf die Hornhaut getropft und anschließend erfolgt die Bestrahlung der Stelle mit einem ultravioletten Laser. Der Eingriff ist schmerzfrei. Die Abrechnung erfolgt nach GOÄ. Bitte vereinbaren Sie einen Beratungstermin für genauere Informationen.	
	In der Regel wird nach dem Eingriff ein Verband auf das Auge wurde Sinn und Zweck des Crosslinkings, die Durchführung un Sie noch Fragen an Ihren Behandler haben, so stellen Sie diese Crosslinkings.	d der Ablauf besprochen. Sollten
Einverständniserklärung		
	Hiermit erkläre ich mein Einverständnis in die Durchführung d	es oben genannten Eingriffs:
	Die Operation wird am $\ \square$ rechten $\ \square$ linken Auge durchgeführt.	
	Ich habe keine weiteren Fragen mehr und fühle mich ausreichend aufgeklärt. Nach ausreichender Bedenkzeit willige ich hiermit in die geplante Behandlung ein.	

*Bei minderjährigen Patienten sollten beide Elternteile dem operativen Eingriff zustimmen und die Einwilligungserklärung unterschreiben. Liegt nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert der Unterzeichner mit seiner Unterschrift, dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder, dass er das alleinige Sorgerecht für den minderjährigen Patienten hat.

Behandler / Operateur

Unterschrift der Patientin / des Patienten / beider Eltern* /

des gesetzlichen Vertreters