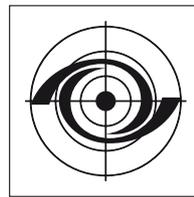


Nachstarbehandlung (Kapsulotomie)



PROF. DR. 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 hat sich nach der Operation des Grauen Stars ein sogenannter Nachstar entwickelt, der zu einer Trübung der Medien des Auges geführt hat. Mittels einer einfachen Laserbehandlung ist es möglich, diesen Nachstar zu beseitigen. Nach dem Eingriff, der lediglich eine Tropfanästhesie erforderlich macht, sehen Sie in der Regel für einige Tage vermehrt schwarze Flocken und Flusen im Auge schwimmen, die sich dann absetzen und nicht mehr stören. Die Behandlung ist ohne Schmerzen durchführbar.

In sehr seltenen Fällen kann sich nach einem derartigen Eingriff ein Einriss in der Netzhaut bilden, der zur Netzhautablösung führt, die dann weitergehend operativ behandelt werden muss. Gelegentlich kann es zu einem vorübergehenden Anstieg des Augendruckes kommen.

Nach dem Lasereingriff muss das Auge mit einem Verband abgedeckt werden, oftmals muss die Pupille erweitert werden, so dass **das Führen eines Kraftfahrzeuges unmittelbar nach dem Eingriff** solange ein Verband getragen werden muss, **nicht zulässig** ist. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Verhaltensmaßregel zur Kenntnis genommen habe.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis in die Durchführung des oben genannten Eingriffs:

Die Operation wird am rechten 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.

Unterschrift der Patientin / des Patienten / beider Eltern* / des gesetzlichen Vertreters	Behandler / Operateur

* 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.