

Laserbehandlung IPL-Behandlung gefäßbedingter // pigmentierter Hautverfärbungen

Praxis Dermatologie - Allergologie
Dr. Elmar Perwein und Dr. Corina
Suciu
Stadtplatz 21c
86551 Aichach

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch lesen und den Fragebogen ausfüllen!

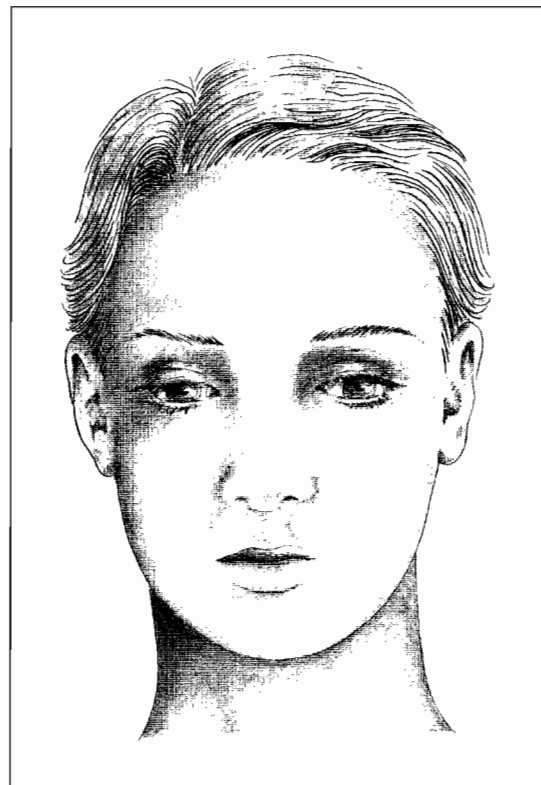
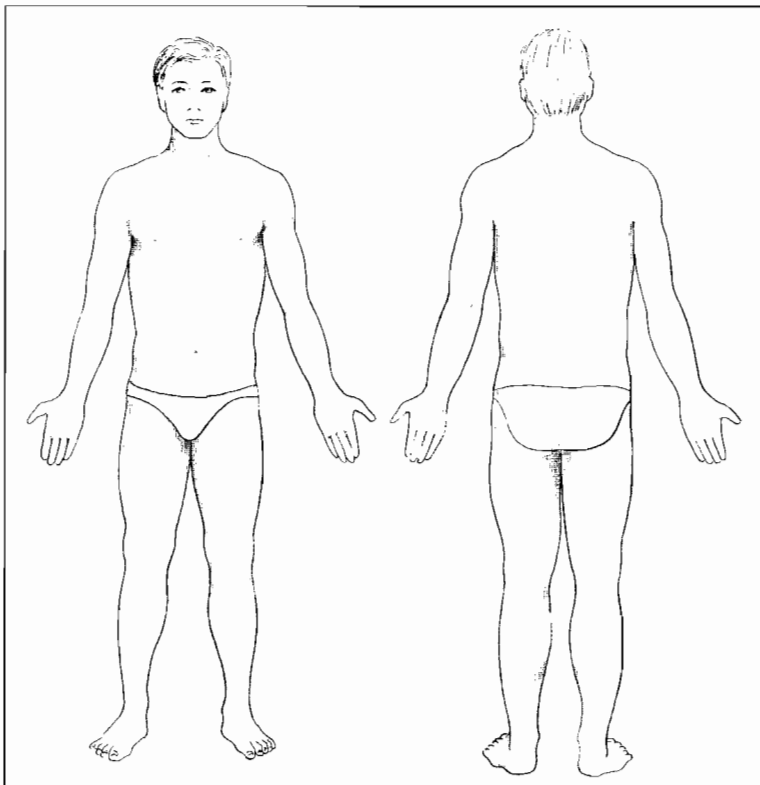
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

Sie wünschen die Behandlung eines oder mehrerer Hautbezirke, die infolge von Veränderungen im Bereich kleinster Blutgefäße rot oder bläulich-rot verfärbt sind. Wir empfehlen die Behandlung mit einem Lasersystem, das sowohl nach der Eindringtiefe der Lichtenergie als auch nach der Energiemenge, die pro Zeiteinheit abgegeben wird, die besten Ergebnisse erwarten lässt.

Wirkungsweise des Lasers

Die modernere Weiterentwicklung des Lasers ist das IPL (intense pulsed light = auf deutsch Blitzlicht)

Unmittelbares Ziel der Laserbehandlung ist der Blutfarbstoff der roten Blutkörperchen in den Blutgefäßen, welche die Haut im Bereich der Hautveränderung mehr oder weniger oberflächlich durchziehen. Die Lichtenergie des Lasers wird gezielt und kontrolliert in die Hautschicht geführt, in der sich die zu behandelnden Gefäße befinden. Durch starke Erwärmung des Blutfarbstoffes gerinnt das Blut und die Gefäße verschließen sich. Die Dunkelfärbung des behandelten Hautbezirkes ist der Hinweis für den Arzt, dass die zugeführte Energiemenge ausreicht. Diese Dunkelfärbung ist meist nur vorübergehend und bildet sich innerhalb der nächsten 2 Wochen zurück. Bei Pigmentierungen ist das Pigment direktes Ziel der Lichtenergie



(Bitte Behandlungsareal markieren)



Vorgesehen ist nach Ihren Wünschen:

- Entfernen von **Besenreisern an den Beinen**
- Entfernen **kleinster Gefäße im Gesichtsbereich** (Couperose) oder **am Körper** (Teleangiektasie)
- Behandlung von **Blutschwämmchen**
- Aufhellen geröteter **Narben**
- Behandlung eines **Feuermals**
- oder: Entfernung von Pigmentierungen

Info im Internet unter ellipse.org
mit Videos / Fotos / Interviews

(ggf. bezeichnen)

an folgender/n Körperstelle/n:

(bitte bezeichnen)

Durchführung der Behandlung

Die Haut wird einem äußerst kurzen, hochenergetischen Laserimpuls ausgesetzt. Die Empfindlichkeit gegen den Laserimpuls unterscheidet sich von Patient zu Patient. Außerdem verlaufen die Blutgefäße in unterschiedlicher Tiefe. Um ein optimales und komplikationsarmes Ergebnis zu erzielen, „tastet“ sich der Arzt durch Steigerung der zugeführten Energiemenge zunächst an die in Ihrem Fall optimale Einstellung des Lasersystems heran. Häufig sind mehrere Sitzungen in bestimmten Zeitabständen nötig.

In den allermeisten Fällen ist keine Schmerzbetäubung erforderlich, da die Behandlung lediglich wie ein Nadelstich empfunden wird. Selten (meist bei Kleinkindern) wird die Schmerzempfindung durch eine Narkose ausgeschaltet.

Risiken und mögliche Komplikationen

Wie bei einem Sonnenbrand **rötet sich die Haut** unmittelbar nach der Laserbehandlung für einen kurzen Zeitraum. Um diese „Verbrennung“ möglichst gering zu halten, wird bei manchen Lasersystemen die Haut bereits während der Behandlung durch Wasser oder Kältespray gekühlt. Anschließend kommt es zu einer Schwellung im behandelten Areal, welche sich nach wenigen Tagen zurückbildet.

Bei sehr empfindlicher Haut können sich **Blasen** bilden, die anschließend unter **Schorfbildung** oberflächlich vernarben. Auch bei sorgfältiger und gewissenhafter Geräteeinstellung ist die Bildung **kleinerer Narben** nicht sicher auszuschließen; sie können durch rötliche oder bräunliche Verfärbungen sehr selten deutlich sichtbar werden. Bei Patienten mit einer angeborenen Neigung zu Narbenwucherungen (Keloide) kann eine Laserbehandlung eine **Keloidbildung** auslösen oder begünstigen.

Da auch das Pigment der Haut auf die Laserenergie reagiert und durch sie geschädigt wird, muss bei etwa 10% der Patienten mit einer vorübergehenden, bei weniger als 1% auch mit einer **dauerhaften Pigmentverschiebung** (Dunkel- oder Hellverfärbung) der Haut gerechnet werden. Je dunkler die Haut (dunkler Hauttyp oder auch durch Sonne/Solarium) zum Zeitpunkt der Behandlung ist, um so größer ist das Risiko einer Pigmentverschiebung.

Ihr individuelles Risiko/das Risiko Ihres Kindes zur Ausbildung von Folge- und Nebenwirkungen sowie die Risiken eines eventuellen Betäubungsverfahrens, werden wir vor der Behandlung mit Ihnen besprechen.

Vor der Behandlung kein make up verwenden, welches das Licht abschirmen könnte !!

Bitte unbedingt beachten!**Sofern ärztlich nicht anders angeordnet!****Vor der Behandlung**

Verzichten Sie in den Wochen vor der Behandlung auf Sonnenbäder und Solarium, um das Risiko von Pigmentverschiebungen zu verringern.

Während der Behandlung

werden Sie eine Schutzbrille tragen. Zusätzlich empfehlen wir Ihnen aber dringend, während der gesamten Behandlung die Augen fest geschlossen zu halten. Sollte irgend etwas stören, so melden Sie sich bitte laut und deutlich, lassen aber die Augen weiterhin geschlossen, bis der Arzt „Entwarnung“ gibt.

Nach der Behandlung

sollten Sie das behandelte Areal für mindestens 1 Stunde mit sogenannten Coolpacks oder einem Eisbeutel intensiv kühlen. Je früher die Kühlung einsetzt, um so besser. Daher sollten Sie die Coolpacks zu Hause im Eisfach deponieren und zur Behandlung mitbringen. Anschließend ist keine besondere Verhaltensweise zu beachten. Sie können bei Bedarf die dunkel verfärbten Hautareale mit Kosmetika abdecken; falls die Haut heftig reagiert (Blasenbildung), dürfen Sie erst nach Abheilen der Krusten damit beginnen. Die Behandlungsintervalle der Lasertherapie sollten mindestens 4 - 6 Wochen betragen, um die Wirkung abzuwarten.

Vermeiden Sie in den ersten 6 – 8 Wochen nach der Lasertherapie strikt jede Sonnenbelastung (Ultraviolett- Lichtbelastung). Verwenden Sie für 3 – 6 Monate Sonnenschutz mit Lichtschutzfaktor 25 oder höher.

Wird der Eingriff **ambulant unter örtliche Betäubungsmittel** durchgeführt, müssen Sie sich von einer erwachsenen Begleitperson abholen lassen, da Ihr Reaktionsvermögen durch die Nachwirkungen noch eingeschränkt sein kann. Wir werden Ihnen mitteilen, wann Sie wieder aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder an laufenden Maschinen arbeiten dürfen. Sie sollten in dieser Zeit auch keinen Alkohol trinken und keine wichtigen Entscheidungen treffen.

Erfolgsaussichten

Die Erfolgsaussichten sind um so besser, je dünner ein Gefäß ist, je oberflächlicher es in der Haut liegt und je weniger Druck in dem Gefäß herrscht. Allerdings hängen sie auch vom individuellen Hauttyp ab; bei pigmentarmer, weißer Haut kann eine wesentlich höhere Energie gefahrlos verabreicht werden.

Kleine Blutschwämmchen lassen sich oft schon nach einer einzigen Sitzung dauerhaft entfernen. Feuermale (N. flammeus) müssen meist sehr oft behandelt werden. Je früher dies geschieht, umso besser sind die Erfolgsaussichten, daher werden bereits Säuglinge behandelt.

Kleinere Gefäße im Gesichtsbereich (Couperose, Teleangiektasien) sprechen meist gut auf die Behandlung an; Besenreiser der Beine, speziell im Unterschenkelbereich, sind oft nur mit mäßigem Erfolg zu behandeln.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes: _____

Ausführliche Informationen, Bilder vorher / nachher; Filme über die Behandlung im Internet: googeln: ellipse.org

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Nehmen Sie **Medikamente** ein? Nein Ja
 Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar®, Aspirin®), Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Medikamente die gegen Licht sensibilisieren (z.B. Tetracycline)

oder: _____

Falls Sie einen **Marcumarausweis** besitzen, bitte vorlegen.

2. Sind Sie am **Herz-Kreislauf-System** erkrankt? (z.B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt) Nein Ja

oder: _____

3. Leiden Sie unter häufigem **Nasenbluten, Blutergüssen** auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, **Gerinnungsstörungen**? Nein Ja

4. Sind **Allergien** (z.B. Heuschnupfen, Asthma) bekannt oder **Unverträglichkeiten** (z.B. von Schmerzmitteln, Betäubungsmitteln, Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex)? Nein Ja

oder: _____

Falls Sie einen **Allergieausweis** besitzen, bitte vorlegen.

5. Leiden Sie unter **Hypo- oder Hyperpigmentierungen/Pigmentverschiebungen**? Nein Ja

6. Haben Sie häufig **Infektionen**? Nein Ja

7. Leiden Sie unter **verstärkter Lichtempfindlichkeit** oder haben Sie eine **Sonnen-/Lichtallergie**? Nein Ja

8. Treten bei Ihnen immer wieder **Lippenbläschen (Herpes)** auf? Nein Ja

9. Neigen Sie zu **verstärkter Narbenbildung** und/oder **Wundheilungsstörungen**? Nein Ja

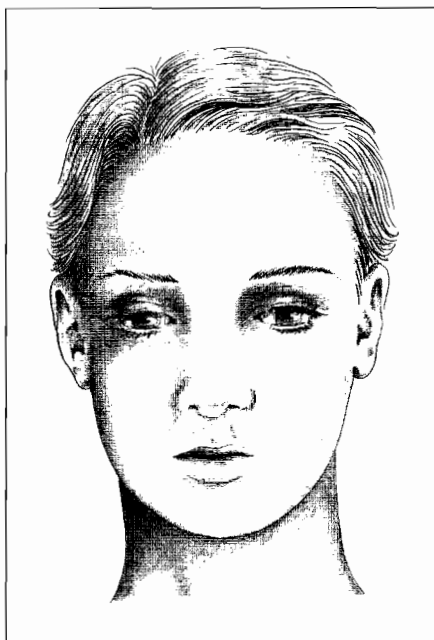
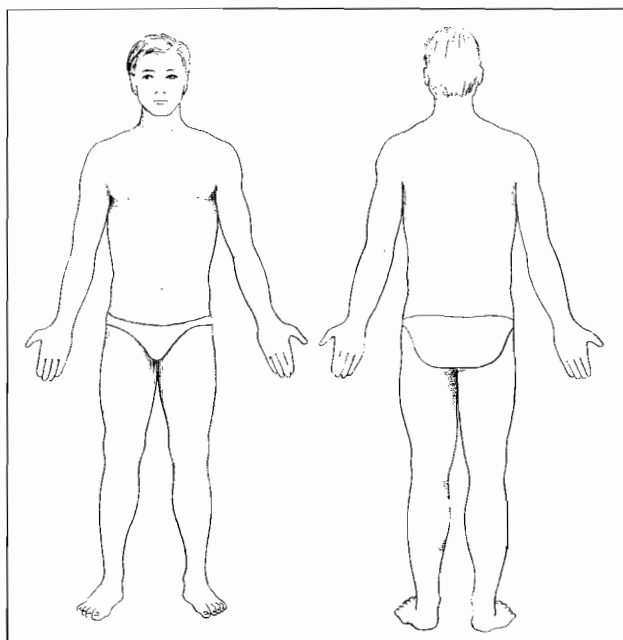
10. Leiden Sie unter **Neurodermitis**? Nein Ja

11. **Rauchen** Sie? Nein Ja
 Wenn ja, wieviel? _____

12. Werden Sie zur Zeit wegen **Akne** behandelt? Nein Ja

13. Leiden Sie an einer Erbkrankheit oder einer chronischen Erkrankung? Nein Ja
 Wenn ja, welche? _____

14. Für **Frauen** im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein? Nein Ja



(Für Markierung des Behandlungsareals)

Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen, Textstellen unterstreichen oder an den vorgeesehenen Stellen ergänzen und unterschreiben.

Dokumentation

Aufklärungsgespräch

- Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.
Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Den **abgetrennten Info-Teil** bzw. ein **Zweitstück des Bogens** habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten. Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten.

Vermerke der **Ärztin/des Arztes** _____ zum Aufklärungsgespräch:

Name

Erörtert wurden z.B.: Wahl des Verfahrens, Durchführung der Behandlung, Risiken und mögliche Komplikationen, risikoe erhöhende Besonderheiten, eventuelle Neben- und Folgeeingriffe, Erfolgsaussichten, Verhaltenshinweise vor, während und nach der Behandlung sowie (bitte hier auch etwaige Änderungen des Info-Teils vermerken):

Vor der Behandlung kein make up verwenden, welches das Licht abschirmen könnte !!

Vorgesehener Behandlungsbeginn (Datum): _____

Einwilligung

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt; ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich **wünsche** folgende **Laserbehandlung**:

- Entfernen von **Besenreisern an den Beinen**
- Entfernen **kleinster Gefäße im Gesichtsbereich** (Couperose) oder **am Körper** (Teleangiektasie)
- Behandlung von **Blutschwämmchen**
- Aufhellen geröteter **Narben**
- Behandlung eines **Feuermals**
- andere: Entfernung von Pigmentierungen

(ggf. bezeichnen)

an folgender/folgenden Körperstelle/n:

(bitte bezeichnen)

Ich bin bereit, die Behandlung selbst zu bezahlen und zwar ohne Rücksicht darauf, ob ich von anderer Seite eine Kostenerstattung erhalte.

Falls Sie bestimmte einzelne Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin/Patient bzw. Betreuer/Bevollmächtigter/
Sorgeberechtigte*

Ärztin/Arzt

* **Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.**