



Einverständniserklärung

zur Behandlung von Krampfadern durch ein endovenöses Verfahren (ELVeS radial, Radiowelle)

Patient _____ VSM rechts O VSM links O VSP rechts O VSP links O

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen liegen besonders geeignete Voraussetzungen für eine endovenöse Therapie (Endo Laser Vein System/Radiowellenkatheter) zur Behandlung von Krampfadern vor. Dabei wird über eine Punktion oder einen sehr kleinen Schnitt am Unterschenkel ein Katheter in die erkrankte Vene eingeführt und bis zur Leiste (VSM) oder zur Kniekehle (VSP) vorgeschoben. Dann wird die erkrankte Vene unter ständiger Ultraschallkontrolle so erhitzt, dass sie sich verschließt. Zum Schutz des umgebenden Gewebes wird zuvor eine Kühl- und Anästhesieflüssigkeit (Tumeszenz-Lokalanästhesie) ultraschallkontrolliert in die Umgebung der erkrankten Vene gespritzt. Dabei handelt es sich um ein in diesem Rahmen übliches Off-Label Verfahren, welches sich in der Praxis etabliert hat.

Erklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich mich für die Behandlung meiner Krampfadern durch die endovenöse Therapie entschieden habe. Über den medizinischen Hintergrund, das Verfahren und mögliche Komplikationen sowie das erforderliche Verhalten nach dem Eingriff wurde ich in mir verständlicher Form aufgeklärt. Alle von mir gestellten Fragen wurden vollständig beantwortet. Folgende mögliche Nebenwirkungen sind mir bewusst:

- entlang der behandelten Vene können Blutergüsse und Verfärbungen auftreten, die nach einiger Zeit rückläufig sind,
- Taubheitsgefühl und Kribbeln durch Irritation von Nerven kommen selten vor und bilden sich meist vollständig zurück. Die Verletzung von motorischen Nerven mit der Folge von Lähmungen ist extrem selten, eine Wiederherstellung der Funktion ist in den meisten Fällen zu erwarten,
- einige Tage nach dem Eingriff kann selten ein Ziehen entlang der behandelten Vene entstehen, das dann mit Schmerzmitteln behandelt werden kann,
- ähnlich wie bei konventioneller Krampfaderchirurgie ist eine Venenthrombose auch beim endovenösen Verfahren in seltenen Fällen möglich, wichtig ist in diesem Zusammenhang viel Bewegung nach dem Eingriff und die Verabreichung von Heparinspritzen in den ersten 5 bis 7 Tagen
- im speziellen kann es hier zu einem EHIT (endovenös hitze-induzierter Thrombose) kommen, abhängig von der Ausprägung, erfolgt hier nur eine Kontrolle und/oder eine blutverdünnende Medikation
- in sehr seltenen Fällen gelingt die Sondierung der Vene nicht, dann muss der Operateur den Eingriff durch konventionelle Chirurgie (Stripping der Vene) fortsetzen,
- (kleinere) Astvarizen werden konventionell mittels Miniphlebektomie entfernt,
- in manchen Fällen (zumeist Rezidiven nach früherer OP) kommt Äthoxysklerol 1%ig bis 2%ig zusätzlich zum Einsatz, Nebenwirkungen/Komplikationen dieser Therapie können sein: Verfärbungen der Haut, allergische Reaktion, Hautnekrosen, Nervenschädigung, Sehstörungen, Migräne, Kreislaufreaktion, Venenthrombose, Schlaganfall. Diese Komplikationen sind bei sachgerechter Durchführung und Nachbehandlung extrem selten. Kontraindikationen hierfür sind u.a.: schwere Systemerkrankungen, fortgeschrittene arterielle Durchblutungsstörung, bekanntes offenes Foramen ovale (Herzscheidewanddefekt), Schwangerschaft und Stillzeit, bekannte Komplikationen nach früherer Verödung.
- Infektionen und Wundheilungsstörungen können auftreten, sind aber insgesamt eher selten.
- Gewebeschäden, wie Nekrosen mit dauerhaften/temporären Einschränkungen oder Schmerzen sind selten, ebenso Verletzungen umgebender weiterer Gefäße
- in seltenen Fällen kann es zu einer Wiedereröffnung der Venen kommen

Der Eingriff erfolgt bei mir im Rahmen eines besonderen Versorgungsvertrages mit meiner Krankenkasse ohne zusätzlich Kosten für mich.

Dr. _____ hat mir heute die vorgesehene Operation erklärt und mich auf mögliche Komplikationen hingewiesen. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich im Falle einer Vollnarkose für 24 Stunden nach der Operation eine Betreuungsperson brauche und nicht alleine am Straßenverkehr teilnehmen darf. Ich habe keine weiteren Fragen und willige in den vorgesehenen Eingriff ein. Eine **Kopie** dieser Patientenaufklärung habe ich erhalten.

Datum _____ Arzt _____ Patient _____

Bei nicht vorliegender schriftlicher Einwilligung am OP-Tag:

Ich verzichte ausdrücklich auf die sonst übliche 24stündige Bedenkzeit vor einer Operation. Die Aufklärung über die Art des Eingriffes und mögliche Komplikationen sowie meine mündliche Einwilligung sind bereits zu einem früheren Zeitpunkt erfolgt. Aufgrund organisatorischer Umstände ist es mir erst heute möglich, die Einwilligung schriftlich zu bestätigen.

Datum _____

Patient _____