Dr. med. Erich E. Küng

Facharzt FMH f. Haut-& Geschlechtskrankheiten
Lasermedizin – Operative Dermatologie VOD
Konsiliararzt Hirslanden, Im Park, Bethanien

Dermatologie beim DHB

Bahnhofstrasse 110
CH - 8001 Zürich

Telefon: 044 225 41 41
Telefax: 044 225 41 42
www.hautzone.ch

Einverständniserklärung für die Licht-Therapie

Patientenname: .....

Geburtsdatum: .....

Diagnose: .....

- Ich erkläre mich hiermit mit der Durchführung der Behandlungsmethode (PUVA-Therapie) mit einem Lichtsensibilisator (8-Methoxypsoralen = Meladinine®) und langwelligem Ultraviolettlicht (UV-A) bzw einer UV-B 311 nm narrow-band Bestrahlung einverstanden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass das einzunehmende Medikament die Lichtreaktion verstärkt, dass es gelegentlich zu sonnenbrandähnlichen Hautreaktionen und Juckreiz kommen kann und ich 12 Stunden nach erfolgter Tabletteneinnahme eine Lichtschutzbrille tragen muss und direkte Sonnenbestrahlung zu vermeiden habe. Der Aufenthalt im Freien oder direkt am Fenster sollte an den Behandlungstagen auf ein Minimum beschränkt werden. Dabei sollten unbedeckte Körperpartien durch hochgeschlossene, lichtundurchlässige, dunkle und dichtgewobene Kleidung , Tragen einer Kopfbedeckung und evtl. Handschuhe zusätzlich geschützt werden. Ab 2 Stunden vor der Bestrahlung sollten weder Hautpflegemittel noch Kosmetika aufgetragen
- werden.
- Weiterhin bin ich darüber aufgeklärt worden, dass die Tabletten gelegentlich eine leichte Übelkeit hervorrufen können und dass ich bei unerwartet auftretenden Nebenwirkungen sofort die behandelnden Ärzte informieren soll.
- Für Patientinnen: Ich versichere, dass derzeit keine Schwangerschaft besteht.
- Ohne Kenntnis des Arztes darf keine weitere Medikamenteneinnahme erfolgen.
- Mir ist bekannt, dass durch die Behandlung eine vorzeitige Hautalterung und das Hautkrebsrisiko gefördert werden können.
- Das Informationsblatt zu dieser Behandlung habe ich erhalten und verstanden.

Ort, Datum.....

....
Unterschrift Patient/Patientin Unterschrift des Arztes