

KARPALTUNNELSYNDROM

Dokument zur informierten Einwilligung

Formular-Nr.: AOF-006		Rev.-Nr. / Datum: 2026 v09 / 10.07.2026	
PATIENTEN-PROTOKOLL-NR.		DATUM	
TÜRKISCHE ID- / PASSNUMMER		GEBURTSDATUM	
VOR- UND NACHNAME DES PATIENTEN		GESCHLECHT	
DIAGNOSE			

Aufklärungs- und Einwilligungsformular

Formular-Nr.: AOF-006	Rev.-Nr. / Datum: 2026 v09 / 10.07.2026
-----------------------	---

1. Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Es ist Ihr natürlichstes Recht, über Ihren Gesundheitszustand sowie über alle Ihnen zur Behandlung Ihrer Erkrankung vorgeschlagenen medizinischen / chirurgischen Behandlungen und diagnostischen Maßnahmen informiert zu werden. Nachdem Sie den Nutzen und die möglichen Risiken der medizinischen Behandlungen und chirurgischen Eingriffe kennengelernt haben, liegt es wiederum bei Ihnen, in den durchzuführenden Eingriff einzuwilligen oder nicht. Der Zweck dieser Erläuterung ist nicht, Sie zu ängstigen oder zu beunruhigen, sondern Sie bewusster an den Entscheidungen zu beteiligen, die Ihre Gesundheit betreffen. Auf Ihren Wunsch hin können alle Ihre Gesundheit betreffenden Informationen und Unterlagen Ihnen oder einem von Ihnen als geeignet erachteten Angehörigen ausgehändigt werden. Obwohl dieses Formular so gestaltet wurde, dass es den Bedürfnissen der meisten Patienten unter den meisten Umständen gerecht wird, darf es nicht als ein Dokument angesehen werden, das die Risiken sämtlicher Behandlungsformen enthält. Abhängig von Ihrem persönlichen Gesundheitszustand kann Ihr Arzt Ihnen abweichende oder zusätzliche Informationen geben. Nachdem Sie den Nutzen und die möglichen Risiken der Diagnose, der medizinischen Behandlung und der chirurgischen Eingriffe kennengelernt haben, liegt es bei Ihnen, die durchzuführenden Maßnahmen anzunehmen oder abzulehnen. Außer in Situationen rechtlicher und medizinischer Notwendigkeit können Sie die Aufklärung ablehnen oder die Einwilligung jederzeit widerrufen. Dieses Formular wurde erstellt, um Sie über die Risiken der Operation und über alternative Behandlungsmethoden zu informieren. Bitte lesen Sie dieses Formular vollständig und aufmerksam durch und unterschreiben Sie dieses Einwilligungsformular erst, nachdem Sie es gelesen haben und alle Ihre Zweifel bezüglich des betreffenden Eingriffs durch den Arzt ausgeräumt worden sind.

2. Allgemeine Aufklärung über die Erkrankung und die Behandlung

Die Kompression eines Nervs durch das umgebende Gewebe kann Schmerzen, Taubheitsgefühl, Schwäche oder Funktionsverlust verursachen. Das grundlegende Problem ist die Kompression des Nervs durch das umgebende Gewebe. Dieser Zustand kann nach einer Verletzung, nach einer

Erkrankung oder infolge sich wiederholender Bewegungen auftreten. Ich habe von meinem Arzt ausführliche Informationen über den Inhalt der bei mir durchzuführenden Operation erhalten: [Zutreffendes ankreuzen] • Einklemmung des Nervus medianus am Handgelenk • Einklemmung des Nervus ulnaris am Ellenbogen • Einklemmung des Nervus ulnaris am Handgelenk • Einklemmung des Nervus interosseus anterior am Unterarm Ich weiß und akzeptiere, dass mein Chirurg während der Operation im betreffenden Bereich einen Hautschnitt vornehmen und den betreffenden Nerv freilegen (entlasten) wird. Ich bin mir bewusst, dass das angestrebte Ziel darin besteht, meine Beschwerden zu beseitigen, indem der unter Druck stehende Nerv befreit wird.

3. Etwaige Alternativen zur Operation

Als Alternativen zur Operation habe ich die folgenden Möglichkeiten abgewogen: • Wie mir von meinem Arzt mündlich erläutert, diese Operation unter Inkaufnahme sämtlicher Risiken nicht durchführen zu lassen, • Zu versuchen, die Schmerzen oder Muskelkrämpfe durch eine medikamentöse Behandlung zu beseitigen,

Zu versuchen, die Beschwerden durch Immobilisationsmethoden wie Schienen usw. zu verringern,
Zu versuchen, die Beschwerden durch physiotherapeutische Methoden zu beseitigen,
Steroid- und lokale Schmerzmittelinjektionen vornehmen zu lassen.

Weitere mögliche Behandlungsoptionen... Ich habe auch die anderen mir von meinem Arzt erläuterten Behandlungsmethoden abgewogen. Die Vor- und Nachteile dieser alternativen Methoden wurden mir ebenfalls von meinem Arzt erläutert.

4. Von der Operation zu Erwartender Nutzen

Erwartet wird eine Besserung des aktuellen neurologischen Zustandsbildes und der Beschwerden des Patienten. Die Operation wird mit dem Ziel durchgeführt, die Beschwerden zu beseitigen, und in der Erwartung, die Funktion des Nervensystems zu erhalten oder zu verbessern. MIT DER DURCHZUFÜHRENDEN OPERATION; Die unter Druck stehenden neuralen Strukturen zu entlasten. Die Schmerzen zu beseitigen oder zu verringern. Angestrebt wird, dass die vor der Operation bestehenden neurologischen Ausfälle (Lähmung–Kraftverlust–Taubheitsgefühl–Reflexverlust–Harninkontinenz usw.) sowie Beschwerden wie Schmerzen und Verkrampfungen durch die anzuwendende chirurgische Behandlung vollständig beseitigt werden oder deren Verschlechterung aufgehalten werden kann.

5. Voraussichtliche Dauer der Operation

Die Dauer des durchzuführenden Eingriffs kann je nach Erkrankung und Zustand des Patienten variieren und beträgt durchschnittlich - Stunden. Die vor und nach der Operation durch die Anästhesieärzte an den Patienten vorzunehmenden Maßnahmen sind in dieser Zeit nicht enthalten. Der Eingriff kann je nach Lage des Falles länger dauern als die angegebene Zeit. Ihr Arzt wird Ihnen nach Abschluss des Eingriffs ausführliche Informationen geben.

6. Risiken und Komplikationen der Operation

Neben dem Nutzen des durchzuführenden chirurgischen Eingriffs bestehen auch Risiken, die auftreten können.

Anästhesierisiko: Während und nach lokalen und allgemeinen Anästhesieverfahren bestehen Risiken (aufgrund der dem Patienten während der Operation gegebenen Lagerung). Darüber hinaus bestehen bei jeder Form der Anästhesie und bei der Sedierung Komplikationen und Schäden, die durch die Medikamente entstehen können. Das anzuwendende Anästhesieverfahren sowie die damit verbundenen Risiken und Komplikationen wurden mir erläutert, und ich stimme dem diesbezüglich empfohlenen Verfahren zu.

Blutung: Wenn auch sehr selten, bin ich mir des Bestehens eines Blutungsrisikos bewusst, das während oder nach meiner Operation hochgradig ausfallen kann. Im Falle einer Blutung kann eine zusätzliche Behandlung oder eine Bluttransfusion erforderlich werden. In einem solchen Fall stimme

ich der erforderlichen Bluttransfusion und den weiteren Behandlungen zu. Bestimmte Medikamente, die ich einnehme und/oder die während meiner Behandlung eingesetzt werden müssen, können durch Wechselwirkungen und/oder Nebenwirkungen das Blutungsrisiko erhöhen. In manchen Fällen kann es erforderlich sein, blutverdünnende Medikamente früher als erwartet einzusetzen, was ebenfalls das Blutungsrisiko erhöhen kann.

Blutgerinnselbildung: Blutgerinnsel können nach jeder Art von Operation entstehen. Im Blutungsbereich entstehende Gerinnsel können den Blutfluss behindern und zu Komplikationen wie Schmerzen, Ödemen, Entzündungen oder Gewebeschäden führen. Wird die Einnahme von Blutverdünnern abgesetzt, kann das Gerinnungsrisiko steigen.

Neurologische Verschlechterung nach der Operation: Aufgrund von Problemen wie einer Blutung im Operationsgebiet können sich die Funktionen des Nervensystems nach der Operation verschlechtern.

Atemprobleme: Nach der Operation können in der Regel vorübergehende Atembeschwerden oder eine Lungenentzündung auftreten. Eine Lungenembolie (Verstopfung der Lungengefäße) kann auftreten.

Kardiale Komplikationen: Die Operation birgt ein geringes Risiko, zu Herzrhythmusstörungen oder einem Herzinfarkt zu führen.

Tod: Wenn auch sehr selten, besteht während oder nach der Operation ein Sterberisiko.

Zunahme der Schmerzbeschwerden: Wenn auch selten, können die Schmerzbeschwerden nach der Operation zunehmen.

Infektion: Eine Infektion kann sowohl im Bereich des Hautschnitts als auch im Operationsgebiet, ja sogar im Knochen des Operationsgebiets auftreten. Zu den infektionsbedingten Risiken gehört die Bildung eines Empyems-Abszesses (Eiteransammlung).

Rezidiv (Wiederauftreten), Residuum (Rückstand): Nach der Operation können die Symptome erneut auftreten, und eine zusätzliche Operation kann erforderlich werden.

Funktionsverlust: Nach dem Eingriff kann es zu einer Verminderung oder einem vollständigen Verlust der bestehenden Funktionen des Patienten kommen.

Ausbleiben der Reinnervation: Die häufigste Komplikation bei peripheren Nerven Anastomosen ist das Ausbleiben der Reinnervation innerhalb des erwarteten Zeitraums (6-8 Monate). Dieser Zustand kann auf einer Unzulänglichkeit der am Nerv angelegten Nähte beruhen, ebenso wie auf einer übermäßigen Spannung der Reparaturstelle oder einer übermäßigen Verzögerung nach dem Trauma. Liegt innerhalb des erwarteten Zeitraums kein Anzeichen einer Reinnervation vor, muss der Nahtbereich exploriert werden; erforderlichenfalls werden eine Neurolyse und/oder Resektion und Anastomose durchgeführt.

Ich habe auch verstanden, dass mein Arzt während meiner Operation angesichts einer unerwarteten Situation wie einer Blutung, einer Verletzung von benachbartem Gewebe oder Organen usw. über den geplanten Eingriff hinaus andere für meine Gesundheit erforderliche Maßnahmen durchführen kann, und ich stimme dem zu. Ich habe alle oben aufgeführten Risiken, die während und nach dem bei mir durchzuführenden chirurgischen Eingriff auftreten können, verstanden und akzeptiere sie.

7. Folgen bei Nichtdurchführung der Operation

Die bestehenden Beschwerden und das klinische Bild des Patienten bessern sich möglicherweise nicht; eine Verschlechterung ist möglich.

8. Wichtige Eigenschaften der Einzusetzenden Medikamente

Falls bei Ihnen eine bereits bekannte Medikamentenallergie besteht, müssen Sie unbedingt Ihren Arzt und Ihre Pflegekraft darüber informieren. Während Ihres laufenden Behandlungsprozesses werden entsprechend dem Aufnahmegrund oder neu auftretenden Umständen dem medizinischen Zustand des

Patienten angemessene Medikamente (Schmerzmittel, Antibiotika, kreislauf- und herzunterstützende Medikamente, Blutprodukte, Infusionsbehandlungen, krankheitsspezifische Medikamente) verabreicht. Während der Medikamenteneinnahme können Nebenwirkungen auftreten und Schäden am Herzen, an den Nieren und an anderen Organen verursachen. Zur Behebung von Organschäden werden der Behandlung neue Medikamente hinzugefügt. PROPHYLAXE: Vor und nach Ihrer Operation wird zur Verringerung des Risikos einer Wundinfektion im Operationsgebiet eine geeignete vorbeugende Antibiotikabehandlung durchgeführt. EINNAHME BLUTVERDÜNNENDER MEDIKAMENTE: Wenn Sie gerinnungshemmende, blutverdünnende Medikamente einnehmen, können Ihnen zur Aufhebung der Wirkungen dieser Medikamente andere medikamentöse Behandlungen oder Blutprodukte verabreicht werden. INTENSIVSTATION-DELIR: Bei älteren Patienten und bei längeren Intensivaufenthalten können bei den Patienten auftretende psychische Symptome mit vom Facharzt für Psychiatrie und Neurologie empfohlenen, die psychische Gesundheit regulierenden Medikamenten behandelt werden. Diese Medikamente können Herz, Nieren und andere Organe schädigen. Zusätzlich werden anästhesiebezogene Medikamente eingesetzt. Die während der Operation verabreichten Narkosemedikamente können toxische (giftige) Wirkungen / Nebenwirkungen auf Organe wie Lunge, Herz, Gehirn, Nieren und Leber haben. Aus diesem Grund kann LEBENSGEFAHR (TODESGEFAHR) entstehen.

Ich habe meinen Arzt über alle mir bekannten Allergien informiert. Außerdem habe ich meinen Arzt über die von mir eingenommenen verschreibungspflichtigen Medikamente, rezeptfreien Medikamente, pflanzlichen Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, illegalen Drogen, Alkohol sowie Schlaf- und Rauschmittel informiert. Die Auswirkungen des Gebrauchs dieser Substanzen vor und nach der Operation wurden mir von meinem Arzt erläutert, und es wurden Empfehlungen ausgesprochen. Ich habe Informationen über die wichtigen Eigenschaften der während meines Krankenhausaufenthalts zur Diagnose und Behandlung einzusetzenden Medikamente (wofür sie verwendet werden, ihr Nutzen, ihre Nebenwirkungen, ihre Anwendung) erhalten.

9. Für die Gesundheit des Patienten Entscheidende Empfehlungen zur Lebensweise

Tabak und Tabakerzeugnisse: Mir wurde erläutert, dass der Konsum von Tabak und Tabakerzeugnissen (Zigarette, Wasserpfeife, Zigarre, Pfeife usw.) vor oder nach meiner Operation zu einer Verlängerung meines Heilungsprozesses führen kann. Bei rauchenden Patienten sind die Anästhesierisiken höher; Todesfälle infolge der Anästhesie treten häufiger auf. Wenn Sie rauchen, sollten Sie wissen, dass der Erfolg der Behandlung/Operation unter dem allgemeinen Erfolgsdurchschnitt liegen wird.

Befolgen Sie die Empfehlungen Ihres Arztes (Bewegung, Ernährungsprogramm usw.) und versäumen Sie gegebenenfalls nicht Ihre ambulante Kontrolluntersuchung zu dem von Ihnen verlangten Termin.

Ich habe Informationen darüber erhalten, was ich nach meiner Behandlung/Operation hinsichtlich meiner Lebensweise zu tun habe (Diät, Baden, Medikamenteneinnahme, Mobilitätsstatus und/oder Einschränkungen).

10. Patientenspezifischer Abschnitt

*Die den Patienten betreffenden persönlichen Besonderheiten werden am Ende des Formulars unter **Abschnitt 14 — Unterschriften** erfasst.*

11. Wie bei Bedarf Medizinische Hilfe zum Gleichen Thema Erreicht Werden Kann

Die Ablehnung der Durchführung der Behandlung/Operation ist eine Entscheidung, die Sie aus freiem Willen treffen. Sollten Sie Ihre Meinung ändern, können Sie sich persönlich erneut an unser Krankenhaus / an Krankenhäuser wenden, die die betreffende Behandlung/Operation durchführen können.

Ich habe Informationen darüber erhalten, wie ich bei Bedarf medizinische Hilfe zum gleichen Thema erreichen kann (meinen eigenen Arzt, einen anderen Arzt, die Klinik, in der ich behandelt wurde, und in

Notfällen die 112).

12. Einwilligungen

Ich ermächtige den Leiter des chirurgischen Teams, den verantwortlichen Facharzt **Dr. Özgür Akşan**, und sein Team, meine Operation durchzuführen.

Ich verstehe, dass dieser Eingriff auf die Beseitigung meiner Beschwerden abzielt und in der Absicht durchgeführt wird, die Funktion des Nervensystems zu erhalten oder zu verbessern. Ich bestätige, dass mein Arzt mir alle obenstehenden Informationen erläutert hat, dass ich diese Informationen verstanden habe und dass alle meine Fragen zu diesem Eingriff beantwortet wurden. Daher erteile ich meine Einwilligung zur **KARPALTUNNELSYNDROM-OPERATION** sowie zu allen abweichenden oder zusätzlichen Operationen und ergänzenden Behandlungseingriffen, die mein Arzt für erforderlich hält.

Verwendung von Gewebe: Jegliches für die medizinische Diagnose nicht benötigte Gewebe kann im Rahmen der ethischen Regeln für die medizinische Forschung verwendet werden. Ich willige in die Verwendung jeglichen Gewebes, medizinischer Geräte oder Körperteile ein, die während des chirurgischen Eingriffs entnommen worden sein können.

Medizinische Forschung: Ich willige in die Durchsicht der klinischen Informationen aus meinen medizinischen Unterlagen zur Förderung der medizinischen Arbeit, der medizinischen Forschung und der Ärzteausbildung ein, unter der Bedingung, dass die Vertraulichkeitsregeln eingehalten werden.

Fotografie/Zuschauer: Ich willige darin ein, dass die durchzuführende Operation zu wissenschaftlichen, medizinischen oder Ausbildungszwecken fotografiert oder auf Video aufgezeichnet wird, unter der Bedingung, dass die Aufnahmen meine Identität nicht preisgeben.

13. Bestätigung der Einwilligung

Ich kenne die alternativen Behandlungsmethoden und deren Risiken.

Ich kenne die Risiken und Nebenwirkungen des Eingriffs.

Ich kenne die Wahrscheinlichkeit von Erfolg und Misserfolg.

Ich weiß, was geschehen kann, wenn ich mich nicht behandeln lasse.

Ich verstehe, dass der durchzuführende Eingriff keine Heilungsgarantie beinhalten kann.

Ich habe alles, was mir gesagt wurde, verstanden.

Mein Arzt hat alle meine Fragen beantwortet.

Mein Arzt hat mir das hier Geschriebene Punkt für Punkt in einer für mich verständlichen, klaren, nachvollziehbaren und erläuternden Weise erklärt.

Ich kenne die Bedeutung des Aufklärungs- und Einwilligungsformulars.

Ich wurde über die ungefähren Kosten der Behandlung informiert.

Ich entscheide aus meinem eigenen freien Willen.

Ich hatte in einem angemessenen Zeitraum vor dem Eingriff genügend Zeit, eine Zweitmeinung einzuholen.

Ich habe den Inhalt des Aufklärungs- und Einwilligungsformulars gelesen und verstanden.

Alle Leerstellen in diesem Formular wurden vor meiner Unterschrift ausgefüllt, und ich habe eine Kopie erhalten.

Unterschriften

A) Patientenspezifische Angaben

Der Patient notiert eigenhändig seine persönlichen Besonderheiten (Allergien, Medikamente, frühere Operationen usw.). Falls keine vorliegen, genügt der Vermerk "KEINE".

B) Handschriftliche Erklärung

Der Patient schreibt den folgenden Satz eigenhändig:

"Ich habe dieses Formular sorgfältig gelesen, wurde über KARPALTUNNELSYNDROM aufgeklärt, meine Fragen wurden beantwortet, und ich willige aus freiem Willen in diesen Eingriff ein."

C) Unterschriften

	Vor- und Nachname	Unterschrift	Datum / Uhrzeit
Patient			
Gesetzlicher Vertreter / Angehöriger des Patienten (Verwandtschaftsgrad:)			
Leiter des OP-Teams, verantwortlicher Facharzt	Dr. Özgür Akşan		