

KUBITALTUNNELSYNDROM (NERVUS ULNARIS)

Dokument zur informierten Einwilligung

Formular-Nr.: AOF-007		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-007	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 Verfahren informiert zu werden. Nachdem Sie den Nutzen und die möglichen Risiken der medizinischen Behandlungen und chirurgischen Eingriffe kennengelernt haben, liegt es wiederum in Ihrer eigenen Entscheidung, in den vorgesehenen Eingriff einzuwilligen oder nicht einzuwilligen. Der Zweck dieser Erläuterung ist es 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 Informationen und Unterlagen zu Ihrer Gesundheit 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 betrachtet werden, das die Risiken aller Behandlungsformen umfasst. 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 in Ihrer eigenen Entscheidung, die durchzuführenden Maßnahmen anzunehmen oder abzulehnen. Außer in Fällen rechtlicher und medizinischer Notwendigkeit können Sie die Aufklärung ablehnen oder Ihre 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 nachdem alle Ihre Zweifel bezüglich des betreffenden Eingriffs durch Ihren Arzt ausgeräumt wurden.

2. Allgemeine Aufklärung über die Erkrankung und die Behandlung

Die Kompression eines Nerven 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 wird. Ich bin mir bewusst, dass das angestrebte Ziel darin besteht, den unter Druck stehenden Nerv zu befreien und dadurch meine Beschwerden zu beseitigen.

3. Etwaige Alternativen zur Operation

Als Alternativen zur Operation habe ich die folgenden Möglichkeiten abgewogen: • Wie mir von meinem Arzt mündlich erläutert, unter Inkaufnahme aller Risiken diese Operation nicht durchführen zu lassen, • Zu versuchen, Schmerzen oder Muskelspasmen 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 durchführen zu lassen. Mögliche weitere Behandlungsoptionen... Ich habe auch die anderen mir von meinem Arzt erläuterten Behandlungsmethoden abgewogen. Auch die Vor- und Nachteile dieser alternativen Methoden wurden mir von meinem Arzt erläutert.

4. Erwarteter Nutzen der Operation

Es handelt sich um eine Besserung des aktuellen neurologischen Zustandsbildes und der Beschwerden des Patienten. Die Operation wird mit dem Ziel der Beseitigung der Beschwerden und in der Erwartung durchgeführt, die Funktion des Nervensystems zu erhalten oder zu verbessern. MIT DER DURCHFÜHRENDEN OPERATION; Entlastung der unter Druck stehenden neuralen Strukturen. Beseitigung oder Verringerung der Schmerzen. Ziel ist es, 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 zu beseitigen oder deren Verschlechterung aufzuhalten.

5. Voraussichtliche Dauer der Operation

Die Dauer des durchzuführenden Eingriffs kann je nach Erkrankung und Zustand des Patienten variieren und beträgt durchschnittlich - Stunden. Darüber hinaus sind die vor und nach der Operation von den Anästhesisten am Patienten durchzuführenden Maßnahmen in dieser Dauer nicht enthalten. Der Eingriff kann je nach Lage des Falles länger dauern als angegeben. Ihr Arzt wird Sie nach Abschluss des Eingriffs ausführlich informieren.

6. Risiken und Komplikationen der Operation

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

Anästhesierisiko: Während und nach den Verfahren der Lokal- und Allgemeinanästhesie bestehen Risiken (aufgrund der dem Patienten während der Operation gegebenen Lagerung). Darüber hinaus bestehen bei jeder Form der Anästhesie sowie bei der Sedierung auch medikamentenbedingte mögliche Komplikationen und Schäden. Das anzuwendende Anästhesieverfahren sowie die damit verbundenen Risiken und Komplikationen wurden mir erläutert, und ich stimme dem diesbezüglich empfohlenen Verfahren zu.

Blutung: Auch wenn es sehr selten ist, bin ich über das Bestehen eines Blutungsrisikos, das während oder nach meiner Operation hochgradig sein kann, informiert. 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 das Blutungsrisiko ebenfalls erhöhen kann.

Blutgerinnselbildung: Blutgerinnsel können nach jeder Art von Operation entstehen. Die im Blutungsbereich entstehenden Gerinnsel können den Blutfluss behindern und zu Komplikationen wie Schmerzen, Ödemen, Entzündungen oder Gewebeschäden führen. Bei Absetzen von Blutverdünnern 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 (Verschluss der Lungengefäße) kann auftreten.

Kardiale Komplikationen: Die Operation birgt ein geringes Risiko, einen unregelmäßigen Herzrhythmus oder einen Herzinfarkt auszulösen.

Tod: Auch wenn es sehr selten ist, 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 und sogar im Knochen im Operationsgebiet auftreten. Zu den infektionsbedingten Risiken gehört die Bildung von Empyemen-Abszessen (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 vorhandenen 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). Dies kann auf eine Unzulänglichkeit der am Nerv angebrachten Nähte zurückzuführen sein, ebenso wie auf eine übermäßige Spannung der Reparaturstelle oder eine übermäßige Verzögerung nach dem Trauma. Liegt innerhalb des erwarteten Zeitraums kein Anzeichen einer Reinnervation vor, muss die Nahtstelle exploriert werden; erforderlichenfalls werden eine Neurolyse und/oder Resektion und Anastomose durchgeführt.

Ich habe auch verstanden, dass mein Arzt bei einer unerwarteten Situation während meiner Operation, wie z. B. Blutung, 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 genannten Risiken, die während und nach dem bei mir durchzuführenden chirurgischen Eingriff auftreten können, verstanden und akzeptiere sie.

7. Zu erwartende 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 Arzneimittelallergie besteht, müssen Sie Ihren Arzt und Ihr Pflegepersonal unbedingt darüber informieren. Während Ihres laufenden Behandlungsprozesses werden je nach Aufnahmegrund oder neu auftretenden Umständen dem medizinischen Zustand des

Patienten entsprechende Medikamente (Schmerzmittel, Antibiotika, kreislauf- und herzunterstützende Medikamente, Blutprodukte, Infusionstherapien, krankheitsspezifische Medikamente) verabreicht. Während der Medikamenteneinnahme können Nebenwirkungen auftreten und Schäden an Herz, Nieren und 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 psychischen Symptomen, die bei den Patienten auftreten können, von einem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie empfohlene, die psychische Gesundheit regulierende Medikamente eingesetzt werden. Diese Medikamente können Herz, Nieren und andere Organe schädigen. Darüber hinaus 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 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-/Betäubungsmittel informiert. Die Auswirkungen des Konsums dieser Substanzen vor und nach der Operation wurden mir von meinem Arzt erläutert, und es wurden mir Empfehlungen gegeben. Während meines Krankenhausaufenthalts habe ich Informationen über die wichtigen Eigenschaften der für Diagnose und Behandlung einzusetzenden Medikamente erhalten (wofür sie verwendet werden, ihr Nutzen, ihre Nebenwirkungen, ihre Anwendung).

9. Für die Gesundheit des Patienten kritische 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 aufgrund 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 Ambulanzkontrolle zu dem von Ihnen verlangten Termin.

Ich habe Informationen darüber erhalten, was ich nach meiner Behandlung/Operation hinsichtlich meiner Lebensweise tun muss (Ernährung, 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 selben 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 selben Thema erreichen kann (meinen eigenen Arzt, einen anderen Arzt, die Klinik, in der ich behandelt werde, 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 mit der Absicht durchgeführt wird, die Funktion des Nervensystems zu erhalten oder zu verbessern. Ich bestätige, dass mein Arzt mir alle obigen 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 **OPERATION DES KUBITALTUNNELSYNDROMS** 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 entfernt worden sein können.

Medizinische Forschung: Ich willige in die Durchsicht der klinischen Informationen aus meinen medizinischen Unterlagen zum Zwecke der 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 erkennen lassen.

13. Einwilligungsbestätigung

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 möglicherweise keine Heilungsgarantie bietet.

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 angemessener Zeit vor dem Eingriff ausreichend 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 KUBITALTUNNELSYNDROM (NERVUS ULNARIS) 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		