



*Patientenetikette*

## Einverständniserklärung

für die Durchführung der Lucentis- oder Eylea-Injektion

**Auge**  rechtes Auge  linkes Auge  beidseits

**Bei Behandlung von**

- feuchter altersabhängiger Makuladegeneration
- Makulaödem bei Venenverschluss
- Diabetischem Makulaödem
- Gefässneubildung bei hoher Kurzsichtigkeit ( nur Lucentis )

**Betäubung:** in Tropfanästhesie

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:**

1. Leiden Sie unter Bluthochdruck?  Ja  Nein

2. Leiden Sie unter Diabetes mellitus (erhöhter Blutzucker)?  Ja  Nein

3. Sind sonstige Störungen wichtiger Organe (z.B. Herz, Niere, Lunge, Leber, Schilddrüse, Nervensystem) bekannt?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

4. Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, Aids)?  Ja  Nein

5. Nehmen Sie regelmässig blutgerinnungshemmende Medikamente?  Ja  Nein



6. Haben Sie Allergien?

Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

7. Sind Sie schwanger/könnten schwanger sein, planen eine Schwangerschaft oder stillen ein Kind?

Ja  Nein

- Ich habe das Patienteninformationsblatt gelesen und verstanden. Meine Fragen bezüglich Lucentis bzw. Eylea und dessen Injektion in den Glaskörper inkl. eventuell erforderlicher Erweiterungsmassnahmen sind mir zufriedenstellend beantwortet worden.
- Auf besondere Umstände/mögliche Komplikationen wurde ich hingewiesen, auch auf die Notwendigkeit regelmässiger Kontrollen, das mögliche Ausbleiben des gewünschten Erfolges, Verschlechterung des Sehens und Fortschreiten der Erkrankung trotz Behandlung.
- Ich erkläre mich mit weiteren Lucentis- bzw. Eylea-Injektionen einverstanden, falls sie in Zukunft notwendig würden und ich zum gegebenen Zeitpunkt nach Besprechung mit Dr. Stemmle auch Gelegenheit hatte, mich ggf. dagegen zu entscheiden.

Der/die unterzeichnende Patient/in erklärt hiermit, die umseitig aufgeführten Erläuterungen verstanden zu haben und uns zusätzlich von ärztlicher Seite über den Eingriff orientiert worden sein.

Ich hatte genügend Gelegenheit, Unklarheiten mit Dr. Stemmle zu klären.

Die Orientierung über die Art des Eingriffes erscheint mir ausreichend und ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Anwendung von Lucentis bzw. Eylea einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in