

AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH durch _____ Arzt/Ärztin

Diagnose: **Coalitio am Fuss:** _____

Eingriff: **Coalitio Entfernung und Fettpfüllung**

Gesprächspartner/in: _____ Datum: _____

Dolmetscher/in: _____ Zeitpunkt _____ Dauer: _____

Hilfsmittel: Bilder/Photo Fachbuch Modelle anderes: _____

Gesprächspunkte

• **Notwendigkeit und Dringlichkeit**

Schmerzen durch Pseudogelenk
Schmerzen durch Fehlbelastung
Verminderte Beweglichkeit des unteren Sprunggelenks

• **Voraussichtlicher Verlauf ohne Behandlung**

Keine spontane Besserung, Arthrose
Schmerzen und Funktionsstörung verbleiben
zunehmende Fehlbelastung mit Folgeproblemen

• **Operationsmethode**

Direkter Zugang am Ort der Fehlverbindung
Lokalisation und Markierung unter Röntgen
Aufmeisseln einer Lücke von mindestens 1 cm
Füllen mit einer Fettpломbe
Sofortige Mobilisation am Folgetag beginnen

 **Skizze:**

• **Therapiealternativen**

Belassen des Befundes
Abwarten einer spontanen, vollständigen Verbindung
Dann mit bleibender Bewegungseinschränkung

• **Mögliche allgemeine
Komplikationen**

Infektgefahr
Abstossen der Fettplombe

• **Mögliche operationsspez.
Komplikationen**

Verletzung umliegender Nerven/Gefässe
Rückfall bei erneuter knöcherner Verbindung
Spätarthrose (wie auch bei spontanem Verlauf)

• **Spezielle Risikofaktoren
des Patienten**

• **Behandlungs- und
Pflegeplan nach OP**

Schmerzbehandlung mit örtlicher Betäubung
Frühes Bewegen durch Physiotherapie
Frühes Belasten und Trainieren sobald schmerzfrei
Ca. 7 bis 10 Tage im Spital, dann
Langzeitphysiotherapie

• **Fragen und Wünsche
der Eltern**

• **Bemerkungen:**

Die verantwortliche Person (Elternteil oder gesetzl. Vertreter) hat sich nach der Aufklärung für die Operation (inkl. besprochenen Erweiterungen) entschieden.

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Patienten
(Eltern, Vormund, etc.)

Patient (> 12-14 Jahre alt, urteilsfähig)

Unterschrift Arzt/Ärztin

Luzern,