

AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH durch _____ Arzt/Ärztin

Diagnose: Rotationsfehler _____

Eingriff: Derotationsosteotomie

Gesprächspartner/in: _____ Datum: _____
Dolmetscher/in: _____ Zeitpunkt _____ Dauer: _____
Hilfsmittel: Bilder/Photo Fachbuch Modelle anderes: _____

Gesprächspunkte

• **Notwendigkeit und Dringlichkeit**

Gestörte Funktion durch Fehlstellung
Schmerzen durch anstehendes Gelenk
Schmerzen durch fehlgestelltes Gelenk
Vermehrte Ermüdbarkeit wegen Kompensationsgang
Optisch auffälliges Gangbild

• **Voraussichtlicher Verlauf ohne Behandlung**

Keine spontane Besserung, da Wachstumsende erreicht
Schmerzen und Funktionsstörung verbleiben
Frühzeitiges Arthroserisiko v.a. bei Zusatzfaktoren

• **Operationsmethode**

Kleine Zugänge am Ort der geplanten Korrektur
Anpassen einer stabilen Platte (Länge u. Breite)
Markieren der geplanten Drehwinkel
Queres Durchtrennen des Knochens und
Fixation der neuen Stellung mit Platte/Schrauben

 **Skizze:**

• **Therapiealternativen**

Bei Patienten kleiner 10j: Drahtfixation und Gips
Weitere Fixationsmöglichkeiten sind:
Marknagel oder Fixateur externe (zu besprechen)

• **Mögliche allgemeine
Komplikationen**

Blutverlust bei Oberschenkelkorrektur
Infektgefahr am Metall
Thrombosegefahr (Blutverdünnung)

• **Mögliche operationsspez.
Komplikationen**

Verletzung umliegender Nerven/Gefäßen
Verzögerte Knochenheilung
Materialbruch

• **Spezielle Risikofaktoren
des Patienten**

• **Behandlungs- und
Pflegeplan nach OP**

Bettruhe bis zur Abschwellung und Schmerzfreiheit
Aufstehen mit Physio, zuerst mit Rollator, dann Stöcke
Entlassung bei sicherer Mobilisation
6 Wochen Stockentlastung, dann Röntgen
Nochmals 6 Wochen kein Risikosport
Materialentfernung nach ca. 1 Jahr

• **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,