**Einwilligung zur Behandlung der Stammveneninsuffizienz durch**

**endoluminale Laser-Anwendung**

....................................................................................... ........................................

(Name und Vorname in Blockschrift) (Geburtsdatum)

Vorgehensweise und Risiken des oben genannten Eingriffs hat mir

Dr. ..........................................................................

zu meiner Zufriedenheit erklärt.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe hierauf befriedigende Antworten erhalten. Ich hatte ausreichend Zeit mich für oder gegen die Methode zu entscheiden. Von der Patienteninformation habe ich eine Kopie erhalten. Ich willige in die vorgeschlagene Operationsmethode und die Teilnahme an den vorgesehenen Kontrolluntersuchungen ein.

Ich bin mir darüber klar, dass zur Dauerhaftigkeit des Operations-Erfolges über einen Zeitraum von mehr als 4 Jahre hinaus noch keine ausreichende Daten vorliegen.

Mit der Verwendung der bei mir erhobenen Daten in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen bin ich einverstanden. Auch mit der EDV-mäßigen Erfassung der erhobenen Daten bin ich einverstanden.

Weitere in Kombination mit oder nach dieser Operation vorgesehene Maßnahmen:

 Seitenastentfernung in Mini-Stripping-Technik

 Besenreiserbehandlung

 Durch Einspritzung von Verödungsmittel

 Durch Behandlung mittels Blitzlicht-Lampe und/oder Laser

St.Gallen,........................................ ...........................................................................

 Unterschrift des Patienten, ggf. gesetzl. Vertreters

St.Gallen,................................................... ..................................................................................

 Unterschrift des aufklärenden Arztes