

Patienteninformationen zur Behandlung mit dem Fraktionierten CO2-Laser

Wie arbeitet der Fraktionierte CO2 – Laser ?

Der sog. Fractional-Laser der neuesten Generation ist hochmodern und computergesteuert. Dabei wird die Gesichtshaut nicht vollständig abgetragen, sondern es werden in einem engmaschigen Raster mikroskopisch kleine Löcher durch die Epidermis geschossen. Dies gewährleistet eine besonders schonende, komplikationsarme und risikoarme Therapie und hat entscheidende Vorteile für die Heilphase.

Wie wirkt die Behandlung von Narben und Falten mit dem Fractional Co2 Laser?

Die Behandlung hat einen doppelten Effekt. Einerseits wird die Haut mit grosser Präzision schicht- und punktwise an der Oberfläche entfernt, andererseits wird das kollagene Bindegewebe in der Tiefe zur Neubildung angeregt. Pigmentflecken können deutlich aufgehellt werden.

Was kann mit dem Fractional Co2 Laser behandelt werden?

- Grobporige Gesichtshaut
- Augenfältchen, Falten um den Mund
- Erneuerung gealterter Haut, Hautstraffung, auch Hals und Dekolte
- Fleckiger, ungleichmäßiger Teint, gutartige pigmentierte Hautveränderungen
- Aknenarben und Operationsnarben

Wann und wie lange ist ein Resultat sichtbar?

Im Laufe des Heilungsprozesses und unmittelbar danach sehen Sie eine deutliche Verbesserung, ein definitives Ergebnis jedoch wird verzögert sichtbar, da die in der Tiefe angeregte Neubildung von Bindegewebe mehrere Wochen braucht bis sie beendet ist. Dafür kann mit einem lang anhaltenden Effekt gerechnet werden.

Wie häufig muss man die Behandlung durchführen?

Obwohl schon nach der ersten Behandlung ein Erfolg sichtbar ist, wünschen sich viele Patienten eine zweite oder dritte Behandlung um eine noch bessere Wirkung zu erzielen. Bei der Narbenbehandlung oder tiefen Falten sind mehrere Sitzungen (2-6) notwendig, um ein optimales Therapieresultat zu erreichen.

Ist die Behandlung mit dem Fractional CO2 Laser schmerzhaft?

Die Behandlung von kleinen Arealen wird von vielen Patienten ohne örtliche Betäubung ertragen. Meist wird hier in der Praxis vor der Therapie eine anästhesierende Creme aufgetragen, wonach die Behandlung nahezu schmerzfrei ist. Eine entsprechende Vorbehandlung kann natürlich durch den Kunden bereits vorher zuhause erfolgen. Je nach Region ist eine örtliche Betäubung möglich.

Welche Vorbereitung braucht die Behandlung?

- 4 Wochen vor der Behandlung sollte auf Sonnenbaden und Solarium verzichtet werden
- Bei pigmentierter Haut sollten Sie 6-8 Wochen zuvor Iken Serum auftragen um die Melanozytenaktivität zu hemmen.
- 1-2 Tage vorher kein Aspirin oder blutverdünnende Medikamente einnehmen

Was geschieht nach der Behandlung?

- Unmittelbar nach der Behandlung sieht die Haut etwas wundgeschürft aus. Sie ist gerötet und es kann kleinsten Blutungen geben. Nach einem Tag bilden sich winzige Krusten.
- Da die Krusten nicht durch Make-up abgedeckt werden sollen und erst nach 4-5 Tagen abfallen, ziehen es die meisten Patienten vor, einige Tage zuhause zu bleiben. Wichtige geschäftliche und private Termine sollen verschoben werden. Wir führen die Therapie häufig vor dem Wochenende aus, so dass man am Montag oder Dienstag nach abfallen der Krusten und auftragen eines Make up wieder arbeiten kann.
- Die Krusten dürfen nicht abgekratzt werden. Während des Heilungsprozesses und bis 4 Wochen danach tragen sie nur eine von uns mitgenommene Creme, Thermalwasser und Sonnenschutz SFP 50 auf.
- Nach Abfallen der Krusten ist die behandelte Hautstelle anfänglich für mehrere Wochen leicht gerötet und wird allmählich heller

Einverständniserklärung für die Behandlung mit eCO₂

Name des Patienten: _____

Vorgesehene Behandlung: _____

1. Aufklärung über die Art des Eingriffs

Am _____ wurde ich in einem persönlichen Gespräch mit _____ über Art, Zweck und Hergang des Eingriffs in mir verständlicher Weise aufgeklärt. Über das erforderliche Verhalten sowie den notwendigen **Sonnenschutz** vor und nach dieser Behandlung wurde ich eingehend unterrichtet und auf mögliche Komplikationen und Risiken in der Zeit nach der Behandlung hingewiesen. Hierbei kam meine persönliche Situation ausreichend zur Sprache. Das Merkblatt „Patienteninformation, Einverständniserklärung und Erklärung“ habe ich ebenfalls erhalten, gelesen und verstanden.

Anwendungsbeispiele:

- Hautstraffung (Skin Resurfacing)
- Hautverjüngung (Skin Rejuvenation)
- Altersflecken und störende gutartige Pigmentverschiebungen (keine Muttermale)
- Hauttexturverbesserung, grosse Poren
- Hautstraffungseffekte über Kollagenneuformation
- Akne und Aknenarben

Eine gründliche Untersuchung des zu behandelnden Bereiches seitens des Spezialisten wurde vorgenommen. Alle Hinweise verstanden.

Selbst bei artgerechter Durchführung der Therapie bestehen gewisse Risiken, die im Folgenden aufgelistet werden:

- Augenschädigung bei nicht sachgemäßer oder unzureichender optischer Abschirmung (tragen Sie während der Behandlung immer eine entsprechende Schutzbrille)
- Blasenbildung mit eventuell anschließender Narbenbildung
- Pigmentstörungen (Hyper- und Hypopigmentierungen)
- Bluterguss oberflächlich
- Wundinfektion
- Rezidive (Wiederauftreten des behandelten Merkmals)
- Die Wundheilung kann auch einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser Vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nehmen Sie Medikamente ein?
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar) Medikamente die gegen Licht sensibilisieren (z. B. Johanniskraut, Accutane, Psoralen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie am Herz/Kreislauf-System erkrankt? (z. B. hoher Blutdruck, Herzrhythmusstörung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Leiden Sie unter häufigem Nasenbluten, Blutergüssen auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung, Gerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sind Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma) oder andere Unverträglichkeiten bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie unter Hypo- oder Hyperpigmentierungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie häufig Infektionen (z. B. Herpes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Neigen Sie zu verstärkter Narbenbildung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Leiden Sie unter Neurodermitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Waren Sie in den letzten 3-4 Wochen im Solarium oder stärkerer UV-Strahlung ausgesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wurden in den letzten 2 Wochen Peelings bei Ihnen durchgeführt (z.B Dermabrasion, Fruchtsäure) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Erklärung

Mir ist bewusst, dass eine Erfolgsgarantie nicht mit letzter Sicherheit gegeben werden kann. Dennoch erkläre ich mich mit der Durchführung der oben näher bezeichneten Maßnahme nach Art, Umfang und Methode einverstanden.

Ich bestätige, dass ich in der gesetzlichen Krankenkasse versichert bin und erkläre ausdrücklich, dass ich eine Privatbehandlung verlange. Die Kosten solcher Behandlungen werden meistens von den Krankenkassen nicht übernommen.

Die ungefähren Kosten pro Behandlung für _____, wobei es je nach individuellen Merkmalen zu Schwankungen kommen kann, über CHF _____ wurden mir mitgeteilt.

Nachpflege wie Thermalspray, Hautpflegesalbe, Sonnenschutz und ggf. Feuchtigkeitsserum wird nach der Behandlung separat abgerechnet.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, meine Entscheidung zu überdenken und habe keine weiteren Fragen mehr, nachdem die von mir gestellten, vollständig und auch für den Laien verständlich, beantwortet wurden.

_____,den_____

(Unterschrift des Patienten oder
dessen Erziehungsberechtigte