

---

## Patienteninformation und Einverständniserklärung für die photodynamische Therapie (PDT)

Die photodynamische Therapie ist ein modernes und schonendes Therapieverfahren, speziell geeignet für chronische Lichtschäden der Haut und den sich daraus entwickelnden oberflächlichen Hauttumoren/Hautkrebsvorstufen.

Bei der PDT wird eine Crème (Methyl-Aminolävulinat), welche die Haut lichtempfindlich macht, auf das betroffene Areal aufgetragen, mit einer Folie abgedeckt und damit vor Licht geschützt.

Drei Stunden später wird der Folien-Verband wieder abgenommen und jedes Areal während 10 Minuten mit einer speziellen roten Lampe belichtet. Während dieser Belichtung kann es zu sonnenbrandähnlichen Schmerzempfindungen kommen. Sie können deshalb, bei besonderer Empfindlichkeit und etwa eine halbe Stunde vor der Belichtung, ein leichtes Schmerzmittel einnehmen.

Nach der Behandlung ist die Haut gerötet und kann etwas brennen. Die Rötung hält üblicherweise 1-2 Wochen an. Selten kann es auch zu einer stärkeren Entzündungsreaktion mit Schwellung kommen, die dann mit einer Wundheilsalbe gepflegt werden sollte.

Nach ungefähr 2 Wochen schuppt sich dann die oberste Hautschicht ab, kratzen Sie deshalb allenfalls entstandene Krusten nicht selbst ab.

Nach 2 Wochen kann eine weitere Behandlung mit dem gleichen Ablauf erforderlich sein, dies wird sich anlässlich der Nachkontrolle entscheiden.

**Wichtig:** Zwischen dem Eincremen und der Belichtung sollten Sie sich nicht unnötig starker Wärme oder Kälte aussetzen. Das behandelte Areal muss vor der Sonne geschützt werden (bis zu 3 Wochen nach der Belichtung). Bei einer Behandlung im Kopfbereich bringen Sie bitte einen Hut mit.

Über die geplante Behandlung wurde ich in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung der Behandlung stellen. Ich habe dieses Aufklärungsblatt gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Behandlung ein.

Ort/Datum

---

Name/Vorname

Geburtsdatum der Patientin/des Patienten

---

Unterschrift der Patientin/des Patienten

---