

Patientendaten

Operative Korrektur eines Plattfußes

Guten Tag,

Ihnen wurde eine operative Korrektur der vorliegenden ausgeprägten Abflachung des Fußes („Plattfuß“) empfohlen. Dieser Bogen soll helfen, das Gespräch mit dem Arzt vorzubereiten und die wichtigsten Punkte zu dokumentieren. Bitte lesen Sie alles aufmerksam durch und beantworten Sie die Fragen gewissenhaft. Für die bessere Lesbarkeit verwenden wir bei Berufs- oder Personenbezeichnungen die männliche Form (z.B. Arzt), beziehen aber alle Geschlechter mit ein.

Wie entsteht ein Plattfuß?

Der Plattfuß (Pes planus) ist meist erworben und nur ganz selten angeboren. Er ist gekennzeichnet durch das Fehlen des Fußlängsgewölbes. Berührt das Fußlängsgewölbe nur bei Belastung des Fußes den Boden, spricht man von einem Senkfuß (Abb. 1).

Ein **angeborener** Plattfuß des Neugeborenen wird vermutlich ererbt, ist oft mit anderen Fehlentwicklungen verbunden und wird als Talus verticalis bezeichnet (Abb. 4).

Der Plattfuß des Kindes oder Jugendlichen (**kindlicher** Plattfuß) ist nur ab gewissen Grenzen überhaupt behandlungsbedürftig, da er sich häufig von selbst zurückbildet. U.u. kann daraus aber auch ein ererbter Plattfuß entstehen.

Der **ererbte** Plattfuß ist in den meisten Fällen das Endstadium des sog. Fußsenkungsprozesses. Meist ist der Platt-

fuß kombiniert mit anderen Fehlformen wie dem Knick- oder Spreizfuß (Abb. 2 und 3), sodass in der Regel von einem Knick-Plattfuß (Pes plano valgus) gesprochen wird. Solange sich das innere Fußgewölbe bei Außendrehung des Beins und fest stehendem Fuß noch innenseitig aufrichtet, spricht man von einem kompensierten Plattfuß. In weiter fortgeschrittenen Stadien weicht der Vorfuß zusätzlich nach außen ab, das Fersenbein sinkt bodenwärts und driftet nach außen in eine X-Position. Das Sprungbein dreht nach innen und unten. Das Kahnbein kann im Endstadium den Boden berühren, ebenso wie das Würfelbein (Abb. 1).

Ein **ererbter** Plattfuß des Erwachsenen entsteht im Laufe des Lebens. Ursachen können z.B. ständige Überlastung des Fußes bei Übergewicht und langem Stehen, Verletzungen oder Entzündungen sein. Die häufigste Ursache eines schmerhaften Knick-Plattfußes bei Frauen ist die degenerative Veränderung der Unterschenkelsehne (Tibialis-posterior-Sehne; innerer Steigbügel) durch die hormonelle Umstellung in der Menopause. Risse dieser Sehne werden auch durch rheumatische und andere entzündliche Erkrankungen begünstigt. Die degenerativen Veränderungen laufen in Stadien ab und können auch ältere männliche Patienten betreffen.

Behandlungsalternativen

Ein **angeborener** Plattfuß des Neugeborenen (Talus verticalis, Abb. 4), der mit Manipulationen und Redressments (d.h.

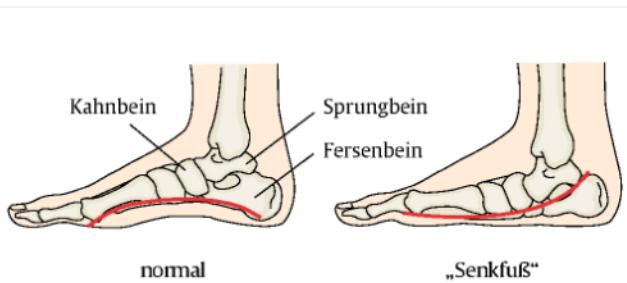


Abb. 1: „Gesunder“ Fuß und „Senkfuß“ im Vergleich

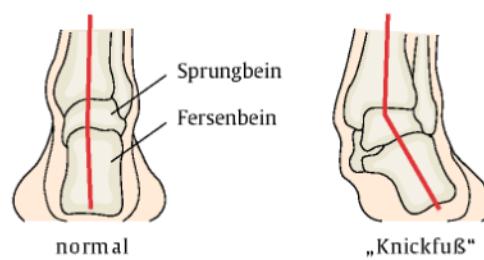


Abb. 2: „Gesunder“ Fuß und „Knickfuß“ im Vergleich

mit einer nicht operativen Einrichtung und anschließender Fixation) nicht konservativ behandelbar ist, sollte möglichst im Verlauf des ersten Lebensjahrs operativ korrigiert werden.

Der flexible Plattfuß des Schulkinds und Jugendlichen kann z.B. durch Verordnung von Einlagen oder Krankengymnastik meist erfolgreich behandelt werden. Nur in seltenen Fällen ist ein kleiner operativer Eingriff notwendig.

Verursacht ein erworbener Plattfuß keine Beschwerden, so ist in der Regel keine Behandlung notwendig. Selbst Marathonläufer haben gelegentlich ausgesprochene Plattfüße. Bei einer ausgeprägten Verformung besteht allerdings die Gefahr, dass auf Dauer Knieprobleme, Hüftschmerzen oder Wirbelsäulenschäden entstehen können und das obere Sprunggelenk geschädigt wird.

Aufgrund der vorliegenden Befunde empfiehlt Ihnen Ihr Arzt eine operative Korrektur.

Wie wird operiert?

Der vorgesehene Eingriff wird in Allgemein- oder Regionalanästhesie durchgeführt. Über die Einzelheiten und Risiken des Betäubungsverfahrens werden Sie gesondert aufgeklärt.

Vor der Operation plant der Arzt das operative Vorgehen i.d.R. durch Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen, ggf. durch Magnetresonanz- und/oder Computertomografie.

Der Nutzen einer möglichen Röntgenkontrolle überwiegt die Risiken der geringfügigen Strahlenbelastung. Im Falle einer Schwangerschaft besteht allerdings das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes durch die Röntgenstrahlen. Deshalb müssen Frauen, die schwanger sind oder dies vermuten, den Arzt unbedingt darüber informieren!

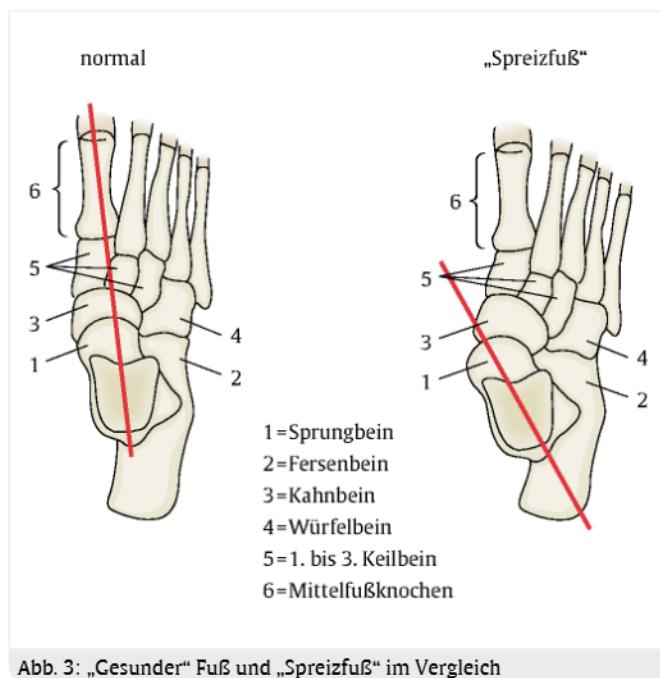


Abb. 3: „Gesunder“ Fuß und „Spreizfuß“ im Vergleich

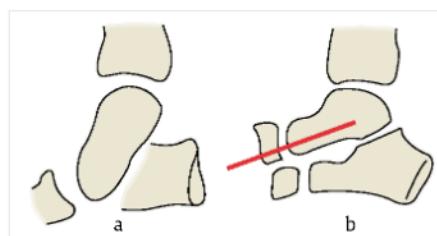


Abb. 4: Angeborener Plattfuß des Neugeborenen (Talus verticalis)

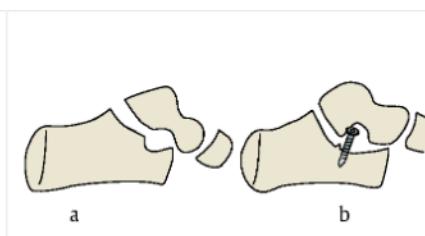


Abb. 5: Schematische Darstellung des Sinus-tarsi-Implantats

In der Regel wird vor Operationsbeginn mit einer Blutdruckmanschette eine Blutsperre angelegt, um den Blutverlust zu minimieren und die Übersicht zu verbessern.

Die Fehlstellung kann durch offene Operation (Freilegung des Operationsgebiets) oder teilweise auch minimalinvasiv, d.h. über kleine Hautschnitte als Zugangsweg, korrigiert werden. Welches Verfahren bei Ihnen vorgesehen ist, wird Ihr Arzt mit Ihnen besprechen.

Nach der Operation wird der Fuß meist in einem Gipsverband, in einer Schiene oder Art Stiefel (Walker, Vacuped) ruhig gestellt. Wie lange diese(r) getragen werden muss, wird Ihr Arzt mit Ihnen besprechen.

Es gibt verschiedene Korrekturtechniken. Im Folgenden sind häufig angewandte Operationsverfahren genannt und schematisch dargestellt. Ihr Arzt wird mit Ihnen darüber sprechen, welches dieser Verfahren durchgeführt werden soll oder ob bei Ihnen ein anderes bzw. weiteres, hier nicht aufgeführtes Verfahren geplant ist, um Ihnen das vorgesehene Verfahren genauer zu erläutern.

1. Sinus-tarsi-Implantat

Bei den harmlosen Formen des behandlungsbedürftigen kindlichen oder jugendlichen Plattfußes hat sich äußerst erfolgreich das vorübergehende Einsetzen spezieller Implantate oder einer Schraube (Arthroereisis bzw. Arthrorise, Abb. 5) bzw. von sich selbst auflösenden Implantaten zwischen Sprungbein und Fersenbein bewährt. Dieser Eingriff wird meist beidseitig durchgeführt.

2. Knöcherne Eingriffe

Je nach Art der Deformität kommen verschiedene Korrekturen in Betracht:

- Durchtrennung des hinteren Fersenbeins mit Verschiebung nach innen und Verschraubung zur Korrektur der Rückfuß-X-Stellung (Abb. 6).
- Verlängerung des Fersenbeins nach Durchtrennung im vorderen Anteil mit Einsetzen von ein oder zwei Knochenspänen (sog. Evans-Osteotomie), wodurch das nach innen gedrehte Sprungbein sich gerade richtet und das Fersenbein sich zusätzlich aus der Abflachung aufrichtet (Abb. 7).
- Verlängernde knöcherne Durchtrennung des Fersenbeins ohne zusätzliche Knochenverpflanzung (Operation nach Agren, Abb. 8).
- 3-fache Knochendurchtrennung (Triple-Osteotomie) nach Hamel, wobei zusätzlich zu den unter Punkt 2a und Punkt 2b beschriebenen knöchernen Eingriffen noch das 1. Keilbein durchtrennt und mit einem Knochenkeil korrigiert wird (Abb. 9).
- Versteifungsoperation des Fersenbein-/Würfelbeingelenks über Verlängerung mit Knochenspan (Abb. 10A).
- Versteifungsoperation aller 3 Gelenke (Abb. 11).

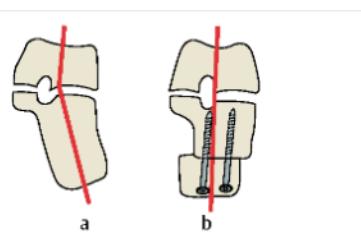


Abb. 6: Durchtrennung des hinteren Fersenbeins

3. Weichteileingriffe

Da beim spät erworbenen Plattfuß meist die Tibialis-posterior-Sehne schwer entzündlich verändert oder sogar gerissen ist, sind oft begleitende Eingriffe an dieser Sehne notwendig. Dabei kann entzündliches Gewebe entfernt werden oder der körpernahe Teil der Sehne an eine benachbarte Sehne, meist die lange Zehenbeugersehne, angeheftet werden. Dadurch kann diese Sehne die Funktion der geschädigten Tibialis-posterior-Sehne teilweise übernehmen (Abb. 14).

Alternativ kann zu den knöchernen Eingriffen zusätzlich eine Umleitungsoperation der langen Zehenbeugersehne zum ersten Keilbein erfolgen, um zusätzlich noch die Dynamik des Fußes zu verbessern (Abb. 14). In fast allen Fällen ist bei Verkürzung des Achillessehnenkomplexes eine Entlastung des Sehnenspiegels (sog. „Gastroc Slide“) nötig (Abb. 15).

4. Geplante Zusatz- oder Alternativeingriffe

Bestehen noch zusätzliche Veränderungen wie das Durchsacken des Fußgewölbes innenseitig zwischen Kahnbein und den Keilbeinen, kann zusätzlich oder alternativ eine Versteifung zwischen diesen Fußwurzelknochen (Abb. 12) unter Achsenausrichtung notwendig werden. Gelegentlich ist auch eine Versteifung zwischen dem ersten Keilbein und dem ersten Mittelfußknochen (Abb. 13) zur Stabilisierung des ersten Strahles sinnvoll.

Bei Knick-Plattfuß nach sog. Lisfranc-Frakturen kann die Korrektur durch Versteifung der Gelenke zwischen Keilbeinen und inneren Mittelfußknochen bzw. zwischen Würfelbein und äußerem Mittelfußknochen erfolgen.

Beim Knick-Plattfuß nach Fersenbeinbruch wird in der Regel eine Versteifung des hinteren unteren Sprunggelenks unter Achsenkorrektur des Sprungbeins und des Fersenbeins empfohlen, wenn es zu einer entsprechenden Fehlstellung und zum Verschleiß dieses Gelenks gekommen ist.

Erweiterung des Eingriffs

Der Arzt spricht mit Ihnen über das nötige Ausmaß des Eingriffs. Manchmal ist jedoch erst während der Operation zu erkennen, dass eine Änderung oder Erweiterung des geplanten Eingriffs notwendig ist, z.B. Entlastung der erst intraoperativ erkennbaren Verkürzung der Achillessehne oder des Sehnenspiegels („Gastroc Slide“, Abb. 15).

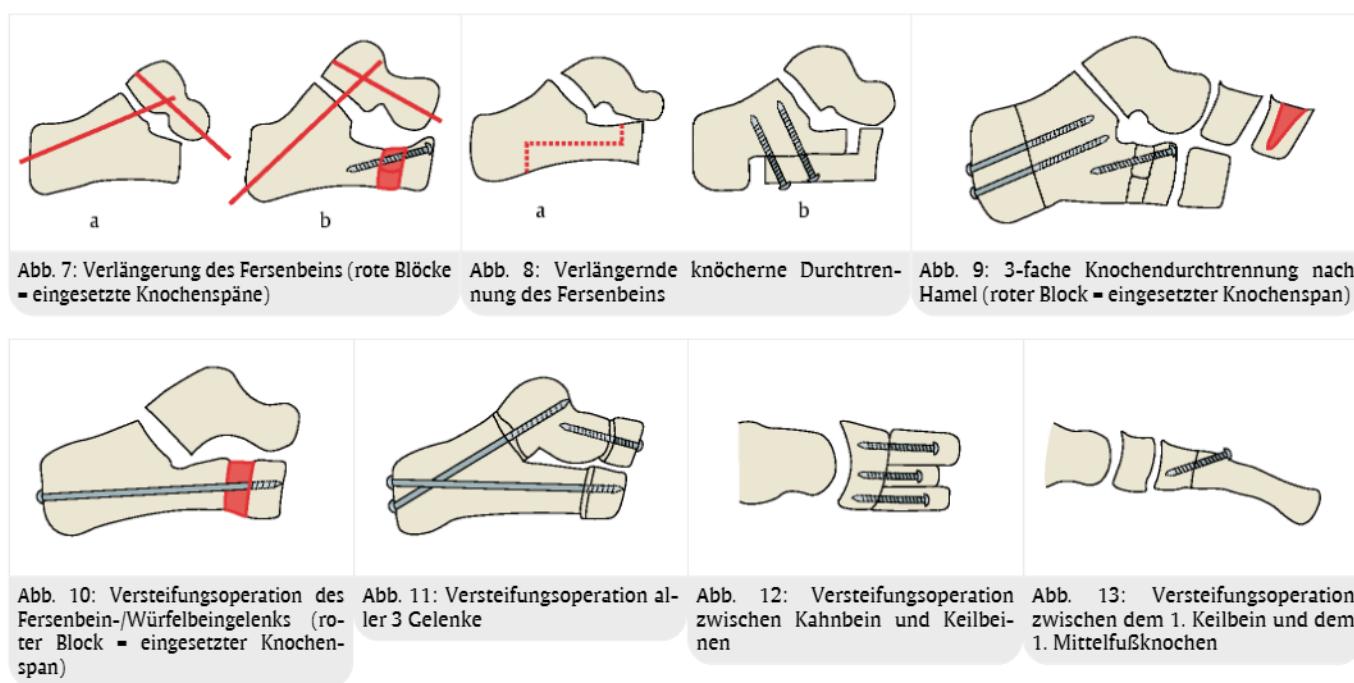
Falls der behandelnde Arzt mit einer Änderung oder Erweiterung des geplanten Eingriffs rechnet, wird er Sie über Vor- und Nachteile, mögliche Risiken und Langzeitfolgen der zusätzlichen Maßnahmen gesondert aufklären. Für unvorhersehbare, medizinisch notwendige Erweiterungen aufgrund unerwarteter intraoperativer Komplikationen darf der Arzt Ihr Einverständnis voraussetzen. Der Eingriff müsste sonst unterbrochen werden, damit der Arzt erneut mit Ihnen sprechen kann. Die Behandlung würde sich dadurch verzögern, das Risiko von u.U. schwerwiegenden Komplikationen steigen.

Risiken und mögliche Komplikationen

Trotz aller Sorgfalt kann es zu – u.U. auch lebensbedrohlichen – Komplikationen kommen, die weitere Behandlungsmaßnahmen/Operationen erfordern. Die Häufigkeitsangaben sind eine allgemeine Einschätzung und sollen helfen, die Risiken untereinander zu gewichten. Sie entsprechen nicht den Definitionen bezüglich Nebenwirkungen in den Beipackzetteln von Medikamenten. Vor- und Begleiterkrank-

Raum für Operationsskizze

Abb. 16: Ggf. bitte einzeichnen



kungen sowie individuelle Besonderheiten können die Häufigkeiten von Komplikationen wesentlich beeinflussen.

- **Nachblutungen, Blutergüsse (Hämatome) und Flüssigkeitsansammlungen (Serome)**, die eventuell operativ behandelt werden müssen.
- **Allergie/Unverträglichkeit** (z.B. auf Latex, Medikamente, örtliche Betäubungsmittel) kann zu einem akuten Kreislaufschock führen, der intensivmedizinische Maßnahmen erfordert. Sehr selten sind schwerwiegende, u.U. bleibende Schäden (z.B. Organversagen, Hirnschädigung, Lähmungen).
- **Verletzungen benachbarter Gewebe** (z.B. Muskeln, Sehnen, Blutgefäße, Nerven) die in der Regel folgenlos bleiben oder nur geringfügige Störungen verursachen. Wird ein Nerv geschädigt, können trotz operativer Behandlung (Nervennaht) dauerhafte Störungen wie z.B. Gefühlsstörungen, Nervenschmerzen oder Lähmungen auftreten. Ein größerer Blutverlust ist bei Operation mit Blutleere oder Blutsperre unwahrscheinlich.
- **Haut-/Gewebe-/Nervenschäden** durch die Lagerung und eingeschlossene Maßnahmen (z.B. Einspritzungen, Desinfektionen, Laser, elektrischer Strom) sind selten. Mögliche, u.U. dauerhafte Folgen: Schmerzen, Entzündungen, Absterben von Gewebe, Narben sowie Empfindungs-, Funktionsstörungen, Lähmungen (z.B. der Gliedmaßen).
- **Druckschäden an Nerven und Weichteilen**, z.B. infolge von Gipsverbänden oder Schienen. Sie bilden sich meist innerhalb weniger Wochen zurück. In Einzelfällen können jedoch Beschwerden (z.B. Taubheitsgefühl, Teillähmung) oder schmerzhafte Narben zurückbleiben.
- Seltener kann es durch die evtl. angelegte Blutsperre zu vorübergehenden, sehr selten auch zu bleibenden **Durchblutungsstörungen, Muskel- oder Nervenschäden** bis hin zur Teillähmung der betroffenen Gliedmaße kommen.
- **Thrombose/Embolie**: Bilden sich Blutgerinnel oder werden sie verschleppt und verschließen ein Blutgefäß, kann dies schwerwiegende Folgen haben (z.B. Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Schlaganfall, Herzinfarkt). Zur Vorbeugung werden oft blutverdünnende Medika-

mente gegeben. Sie erhöhen jedoch alle das Risiko von Blutungen. Der Wirkstoff Heparin kann selten auch eine lebensbedrohliche Gerinnselbildung verursachen (HIT II).

- Durch die vorliegende Fehlstellung des Fußes ist die Versorgung und Durchblutung der Weichteile (Haut, Unterhautgewebe, Muskulatur) oft gestört, sodass es vermehrt zu Infektionen, Wundheilungsstörungen und Wundrandnekrosen im Operationsgebiet kommen kann (v.a. bei Rauchern und Diabetikern). Dies kann den Heilungsverlauf stark beeinträchtigen. Trotz Behandlung können Entzündungen über einen längeren Zeitraum andauern. Selten entsteht daraus eine lebensbedrohliche Blutvergiftung (Sepsis) oder eine chronische Knocheneiterung (Osteitis); ebenso selten kann es infolge der Entzündung zu Gelenkversteifungen kommen oder zum Verlust einer Zehe, schlimmstenfalls des Fußes.
- Eine **Schwellung** oder **Einblutung** in die Weichteile und Muskulatur kann Nerven und Blutgefäße so zusammendrücken, dass **Durchblutungsstörungen, Missempfindungen, Schmerzen, Muskelschwäche** und Lähmungen entstehen (**Kompartmentsyndrom**). Eine sofortige operative Druckentlastung wird dann erforderlich, um Folgeschäden (z.B. bleibende Lähmungen oder im Extremfall den Verlust des Beines) möglichst zu verhindern.
- Starke Schmerzen, die meist mit einer Weichteilschwellung, Rötung und Überwärmung der Haut einhergehen (**komplexes regionales Schmerzsyndrom, CRPS**), können sehr selten durch die Operation mit nachfolgender Nervenentzündung hervorgerufen werden. Längerfristig kann es zu einem Abbau von Knochen- und Muskengewebe kommen. Die vorübergehende, im Ausnahmefall auch bleibende Folge können Bewegungseinschränkungen bis hin zu einer Versteifung von Gelenken sowie starke Schmerzen sein. Eine frühzeitige Schmerzbehandlung (z.B. mit Medikamenten, Krankengymnastik) ist deshalb erforderlich.
- **Knochenschädigungen/Knochenbrüche** (z.B. Splittern des Knochenrohrs beim Einbringen von Implantaten, Absprengung von Knochenstücken) lassen sich nicht immer

Weichteileingriffe

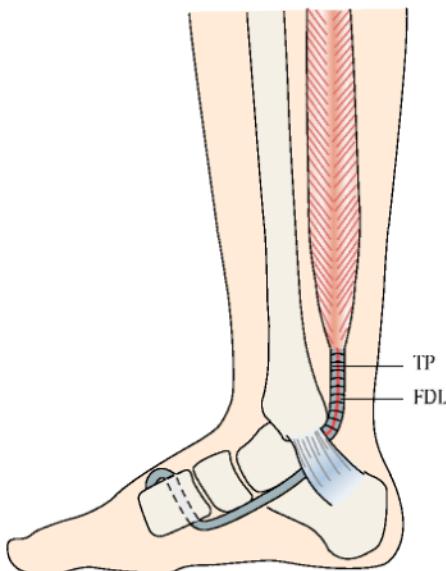


Abb. 14: Verstärkung der Tibialis-posterior-Sehne durch die lange Zehenbeugersehne sowie Umleitung der Zehenbeugersehne zum 1. Keilbein

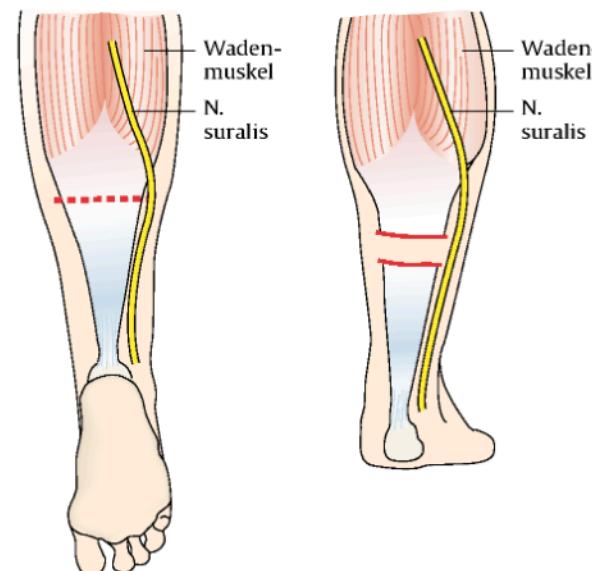


Abb. 15: Schematische Darstellung des sog. „Gastroc-Slide“

- vermeiden und können eine Stabilisierung mit Fremdma-
terial (z.B. Metallplatten und Schrauben) erfordern.
- Knochenbrüche können operationsbedingt, eher jedoch durch zu große/frühe Belastung entstehen. Zudem kön-
nen bei zu großer/früher Belastung Nähte an Muskeln und Sehnen reißen. In solchen Fällen kann eine Korrek-
turopoperation erforderlich werden.
- Kommt es während der Operation zu einem Instru-
menten- oder Materialbruch, kann der abgebrochene
Fremdkörper (z.B. eine Bohrer- oder Drahtspitze) ggf.
im Knochen belassen werden. Dies führt in der Regel zu
keinen Beschwerden und vermeidet die weitaus größe-
ren Risiken einer operativen Entfernung.
- Insbesondere bei zu früher Belastung und schlech-
ter Knochensubstanz, einem Verlust an Knochenge-
webe (z.B. bei Osteoporose) oder minderwertigem
Weichteilgewebe (z.B. aufgrund von Voroperatio-
nen, Patientenalter, Rauchen, oder Nebenerkrankungen)
kann es zu einer verzögerten Knochenheilung kommen
und ggf. eingebautes Fremdmaterial (z.B. Schrauben,
Platten, Nägel, Implantate) brechen, auslockern oder
seine Lage verändern (z.B. Schraubenperforation) und
nahe gelegene Strukturen schädigen (z.B. Weichteile,
Gelenke, Gefäße, Nerven). Unter Umständen ist dann
ein erneuter Eingriff notwendig.
- **Wanderung von Drähten;** die Drähte müssen dann ent-
fernt werden, da es sonst zu Verletzungen kommen kann.
- In Einzelfällen kann es zu einer unvorhergesehenen
Materialunverträglichkeit gegenüber eingebrochenen
Fremdmaterialien kommen; Folgen sind z.B. Haut-
scheinungen, Schmerzen oder Lockerung eingebrochener
Metallteile.
- Langfristig ist sehr selten die Abstoßung von ggf. ver-
pflanztem Knochen oder Fremdmaterial möglich; da-
durch kann sich der Verlauf der Knochenheilung verzö-
gern. Ggf. sind Nachoperationen erforderlich. Bei der
Verwendung von Fremdknochenspanen ist das Risiko ei-
ner HIV-Infektion oder Hepatitis äußerst gering. Wird
Knochen aus dem eigenen Körper verpflanzt, kann es an
der Entnahmestelle (z.B. Becken) zu Problemen kommen,
z.B. Schmerzen und Unregelmäßigkeiten der Kontur, In-
fektionen, Wundheilungsstörungen, Knochenbruch.
- Narbenwucherungen (**Keloide**) durch entsprechende
Veranlagung oder Wundheilungsstörungen können
auftreten. Mögliche, u.U. dauerhafte Folgen können
z.B. Hautverfärbungen, Schmerzen und Bewegungsein-
schränkungen sein. Ein späterer Korrektureingriff ist
u.U. möglich. Im Bereich der Operationsnarbe kann es
zu Taubheitsgefühl und Missemmpfindungen kommen.
- Geringe Überkorrekturen, Fehlstellungen, Achsabwei-
chungen können nicht immer ausgeschlossen werden.
Diese können trotz prinzipiell guter Korrektur die
bereits vor dem Eingriff bestehenden schmerhaften
Bewegungseinschränkungen und/oder den Gelenkver-
schleiß (Arthrose) nicht verbessern. Auch kann es trotz
anfänglicher Verbesserung zu einem späteren Rückfall
der Erkrankung kommen.
- Bildung eines **Falschgelenks** (Pseudarthrose), wenn
sich die Knochenheilung verzögert und nicht genügend
neue Knochensubstanz gebildet wird und damit kei-
ne angestrebte knöcherne Durchbauung/Überbrückung
der Knochenenden eintritt. Eine weitere Operation
kann dann erforderlich werden, z.B. wenn eine gepuls-

te Ultraschallbehandlung nicht zur Ausheilung eines schmerhaften Falschgelenks führt.

- **Muskelschrumpfungen und -verkalkungen** sowie Be-
wegungseinschränkungen und Versteifung von Gelen-
ken aufgrund der Ruhigstellung, die u.U. trotz intensi-
ver Maßnahmen (z.B. Krankengymnastik) nicht mehr
behoben werden können.

Bitte fragen Sie im Aufklärungsgespräch nach allem, was Ihnen wichtig oder noch unklar ist.

Erfolgsaussichten

Die Erfolgsaussichten der operativen Behandlung sind bei komplikationslosem Verlauf in der Regel gut. Wie bei jedem medizinischen Eingriff kann der Erfolg jedoch nicht garantiert werden. Wichtig ist es, die vom Arzt angeordnete Belastungsobergrenze (z.B. vorübergehend nur 20 kg) sowie die weiteren Anweisungen genau zu beachten. Entscheidend für den Heilerfolg sind auch die aktive Teilnahme an der krankengymnastischen Übungsbehandlung sowie die selbstständig durchgeführte Fußgymnastik. Ihr Arzt wird mit Ihnen über die Erfolgsaussichten in Ihrem speziellen Fall sprechen.

Verhaltenshinweise

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes genau, und
melden Sie sich bei Komplikationen bei Ihrem Operateur.

Vor dem Eingriff

Bitte geben Sie alle Medikamente (auch pflanzliche oder
rezeptfreie) an, die Sie derzeit einnehmen – insbesonde-
re blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Heparin,
Marcumar®, ASS [Aspirin] etc.) und Diabetesmedikamente.
Medikamente dürfen nur nach ärztlicher Rücksprache ein-
genommen oder abgesetzt werden.

Bitte legen Sie wichtige Unterlagen wie z.B. Ausweise/Pässe
(Allergie, Marcumar®, Diabetes, Röntgen, Implantate, Impf-
pass etc.), Befunde und Bilder – soweit vorhanden – vor.

Nach dem Eingriff

Beachten Sie bitte nach einem ambulanten Eingriff, dass Ihr
Reaktionsvermögen durch Beruhigungs-, Schmerz- oder Betäu-
bungsmittel vorübergehend beeinträchtigt sein kann. Daher
müssen Sie sich von einer erwachsenen Person abholen und
in den ersten 24 Stunden bzw. für die vom ärztlichen Personal
angegebene Zeit zu Hause betreuen lassen. Bitte treffen Sie
entsprechende Vorkehrungen. Wegen der Medikamentennach-
wirkungen dürfen Sie 24 Stunden bzw. so lange wie angegeben
auch nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, keine gefah-
renträchtigen Tätigkeiten ausüben und keinen Alkohol trin-
ken. Sie sollten auch keine wichtigen Entscheidungen treffen.
Informieren Sie uns bitte unverzüglich, falls stärkere
Schmerzen, Bewegungs- oder Gefühlsstörungen (z.B.
Taubheitsgefühl, Kribbeln), Verfärbungen der Haut oder
Sekretaustritt auftreten. Es kann sich dabei um Durchblu-
tungs- oder Nervenstörungen bzw. Infektionszeichen han-
deln, die rasch behandelt werden müssen.

Der operierte Fuß sollte besonders in der ersten Zeit nach
der Operation hochgelagert werden.

Bitte bewegen Sie alle nicht ruhig gestellten Gelenke häufig,
um einer Thrombose vorzubeugen. Falls Sie Medikamente
zur Blutverdünnung erhalten, kann es vermehrt zu Nach-
blutungen und einer erhöhten Blutungsneigung kommen.

Bitte begeben Sie sich umgehend in ärztliche Behandlung, wenn unter dem Verband ein Engegefühl auftritt. Verändern Sie Spezial- bzw. Gipsverbände niemals selbst!

In der Regel muss der operierte Fuß noch einige Wochen oder Monate lang entlastet werden, bei gehfähigen Patienten z.B. durch das Benutzen von Gehstützen.

Bis zur völligen Genesung sollten Sie möglichst auf das Rauchen verzichten. Sie können so dazu beitragen, das Risiko für Infektionen und Wundheilungsstörungen zu verringern.

Eingesetzte Metallteile werden nicht regelhaft wieder entfernt. Ob und wann diese entfernt werden, wird individuell entschieden.

Um den Erfolg zu sichern, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte beachten Sie die Richtlinien zur Nachbehandlung, die vor der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Ihnen besprochen werden.

Halten Sie die Termine für Kontrolluntersuchungen und Nachbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, Wundbetreuung, Fadenentfernung) ein.

Fragenteil (Anamnese)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen. Für Betreuer, Sor geberechtigte, Bevollmächtigte: Bitte beantworten Sie alle Fragen aus der Sicht des Patienten.

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum: _____
2. Größe (in cm): _____
3. Gewicht (in kg): _____
4. Geschlecht:
 - weiblich
 - männlich
 - divers
 - ohne Angabe

Wichtige Fragen

n = nein/j = ja

1. Werden regelmäßig oder zurzeit Medikamente n j (auch pflanzliche und rezeptfreie) eingenommen oder angewendet?

Wenn ja, bitte vollständig angeben: _____

2. Besteht eine Allergie?

- nein
- Medikamente
- Betäubungsmittel
- Kontrastmittel
- Latex
- Desinfektionsmittel
- Jod
- Pflaster
- Kunststoffe
- und/oder: _____

3. Besteht eine Allergie/Überempfindlichkeit gegenüber Metallen?

- nein
- Nickel

- Kobalt
- Chrom
- Molybdän
- und/oder: _____

4. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung wie z.B. n j häufig Nasenbluten, blaue Flecken, längeres Bluten nach Verletzungen?

5. Besteht in der Blutsverwandtschaft eine erhöhte Blutungsneigung?

6. Besteht/Bestand eine Infektionskrankheit?

- nein
- Hepatitis
- HIV/AIDS
- Tuberkulose
- und/oder: _____

7. Besteht eine Stoffwechselerkrankung?

- nein
- Zuckerkrankheit
- Gicht
- und/oder: _____

8. Besteht/Bestand eine Schilddrüsenerkrankung?

- nein
- Überfunktion
- Unterfunktion
- Kropf
- Hashimoto
- und/oder: _____

9. Besteht/Bestand eine (weitere) Herz-/Kreislauf-Erkrankung?

- nein
- koronare Herzkrankheit
- Bluthochdruck
- Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Angina pectoris
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenfehler
- und/oder: _____

10. Wurde schon einmal eine Operation am Herzen durchgeführt?

- nein
- offener Ductus Botalli
- Foramen ovale
- Septumdefekt
- TGA
- Herzklappen
- und/oder: _____

11. Besteht/Bestand eine Atemwegs-/Lungenerkrankung?

- nein
- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Asthma bronchiale
- Lungenblähung
- angeborene Fehlbildung
- und/oder: _____

12. Besteht/Bestand eine Erkrankung oder Fehlbildung der Nieren bzw. Harnorgane?

 - nein
 - Nierenfunktionsstörung
 - Nierensteine
 - chronischer Harnwegsinfekt
 - Nierenentzündung
 - angeborene Fehlbildung (z.B. Doppelniere)
 - Blasenentleerungsstörung/verzögerte Blasenentleerung
 - und/oder: _____

ge, besondere Dringlichkeit oder Belastungen, Gesprächsdauer, Einsichtsfähigkeit, Minderjährigkeit, Vertretung, Betreuungsfall, Erläuterungen auf Fragen des Patienten etc.):

13. Besteht/Bestand eine Erkrankung der Oberbauchorgane?

 - nein
 - Leberentzündung/Hepatitis
 - Fettleber
 - Zirrhose
 - Gallenkoliken
 - Gallensteine
 - Gelbsucht
 - Pankreatitis
 - und/oder: _____

14. Besteht/Bestand eine Erkrankung des Nervensystems?

 - nein
 - Gehstörungen/Lähmungen
 - Krampfleiden (Epilepsie)
 - Parkinson
 - Gefühlsstörungen
 - Polyneuropathie
 - Schmerzen
 - und/oder: _____

15. Bestehen weitere Erkrankungen? n j
Wenn ja, bitte angeben: _____

16. Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss n j durch Blutgerinnung (Thrombose/Embolie)?

17. Besteht eine Neigung zu Wundheilungsstörungen? nein ja

18. Kam es schon einmal zu einer Narbenwuchs- n j
ung wie z.B. Keloid?

Zusatzfragen bei Kindern

1. Wurde Ihr Kind zu früh geboren? n j
2. War das Geburtsgewicht Ihres Kindes zu niedrig? n i

Zusatzfragen bei Frauen

1. Könnten Sie schwanger sein? n j
 2. Verwenden Sie Verhütungsmittel?
 - nein
 - Antibabypille
 - Hormonspirale
 - Kupferspirale
 - und/oder: _____

Ärztliche Anmerkungen

Ich habe den Patienten anhand des vorliegenden Aufklärungsbo-
gens über den Eingriff aufgeklärt und insbesondere folgende As-
pekte und individuelle Besonderheiten besprochen (z.B. Risikopro-
fil, Begleiterkrankungen, Behandlungsalternativen, Medikation, Zu-
satzmaßnahmen, Erfolgsaussichten, Verhaltenshinweise, Nachsor-

Lokalisation:

- Rechter Fuß
 - Linker Fuß
 - Beidseits

Die Operation ist für den _____ geplant.
Datum

Nur im Fall einer Ablehnung

Ich wurde über die geplante Maßnahme aufgeklärt. Ich willige in deren Durchführung **nicht** ein. Ich wurde nachdrücklich darüber informiert, dass sich aus meiner Ablehnung eventuell erhebliche gesundheitliche Nachteile ergeben können.

Ort, Datum

Patientin/Patient

Sorgeberechtigte*/Sorgeberechtigter*

ggf. Zeugin/Zeuge

Ärztin/Arzt

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Über die geplante Maßnahme, ihre Art und Bedeutung, Alternativen, Risiken und mögliche Komplikationen, Erfolgsaussichten, eventuell erforderliche Änderungen, Erweiterungen sowie Neben- und Folgemaßnahmen wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt ausführlich informiert.

Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich genügend informiert, benötige keine weitere Bedenkzeit und willige in die geplante Maßnahme und etwaige medizinisch erforderliche, auch unvorhersehbare Änderungen, Erweiterungen, Neben- und Folgemaßnahmen **ein**. Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Ort, Datum

Patientin/Patient

Sorgeberechtigte*/Sorgeberechtigter*

Ärztin/Arzt

* Nur bei Minderjährigen: Unterschreibt nur ein Sorgeberechtigter, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt. Bei schwereren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Sorgeberechtigten unterschreiben. Einsichtsfähige Minderjährige sollten immer mit unterschreiben.