

tümüz ameliyat öncesi ve sonrası tüm iyileşme süreçlerinizi
etmektedir.

eliğimiz, kalite politikamız çerçevesinde endişelerinizi gidermek
ze bir çözüm sunmaktır.

düzenli olarak verdiğiniz saç durumunuzun resimleri, ilerlemeyi
nemize yardımcı olur.

fotoğrafları sağlamadığınız takdirde, birimlerimiz sürece yardımcı
lık için sizinle irtibata geçecektir.

verdiğimiz 30 yıllık garanti belgesinin geçerliliğini koruyabilmesi
aşağıda listelenen görsellerin olması sürecin sağlıklı işlemesi
ndan önemlidir ayda en az bir kez, ancak en fazla 12 kez olmak
e enstitümüze gönderilmektedir.

n tarafın mevcut saç durumu

ka kısmın mevcut saç durumu

stteki (TEPE) mevcut saç durumu

ndan bakıldığında mevcut saç durumu

önör bölge de dahil olmak üzere başın tüm açılardan çekilmiş
nleri. (boyun ve kulakların üstü)

en ilgili alanları doldurun ve el yazınızla "okudum ve anladım"
n.

tanın adı ve soyadı:

ih:

sa:

THOMAS

Unser Institut überwacht alle Ihre Genesungsprozesse sowohl vor als
auch nach der Operation.

Unsere Priorität ist es, Ihre Bedenken zu berücksichtigen und Ihnen eine
Lösung im Rahmen unserer Qualitätspolitik zu bieten.

Bilder von Ihrem Haarzustand, die Sie uns regelmäßig zur Verfügung
stellen, helfen uns, den Fortschritt zu überwachen.

Wenn Sie diese Fotos nicht zur Verfügung stellen, werden sich unsere
Einheiten mit Ihnen in Verbindung setzen, um Sie bei dem Prozess zu
unterstützen.

Damit das 30-Jahres-Garantie-zertifikat, das wir Ihnen ausstellen, gültig
bleibt, ist es für die gesunde Abwicklung des Prozesses wichtig, dass die
unten aufgeführten Bilder mindestens einmal pro Monat, höchstens
jedoch 12 Mal, an unser Institut geschickt werden.

☒ Aktueller Haarzustand der Vorderseite

☒ Aktueller Haarzustand der Rückseite

☒ Aktueller Haarzustand von oben

☒ Aktueller Haarzustand von der Seite

☒ Bilder vom Kopf aus allen Blickwinkeln, einschließlich des
Spenderbereichs (Nacken und Oberseite der Ohren)

Bitte füllen Sie die entsprechenden Felder aus und schreiben Sie
handschriftlich "Ich habe es gelesen und verstanden".

Vor- und Nachname des Patienten:

Datum: 25

Unterschr

Hastanın onay verememe nedeni (Hekim dolduracak):

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tarafımdan hastalığı, yapılacak olan girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, girişim için eğer gerekli ise uygulanacak olan anestezi tipi ve anesteziye ait risk ve komplikasyonlar konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmış soruları cevaplanmıştır. Hasta/hasta yakını, girişime yönelik yeterince aydınlatıldığına dair kendi rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktor;

Adı-Soyadı

İmza

Tarih / Saat

Hastanın Dil / İletişim Problemi var ise ;

Hastaya doktor tarafından yapılan açıklamaları tercüme ettim. Görüşüme göre tercüme ettiğim bilgiler hastatarafından anlaşılmıştır.

Tercüme Yapanın

Adı Soyadı (el yazısı ile) :

İmza

Tarih / Saat

Tıbbi uygulamalarla ilgili tüm şikayetlerinizde veya değinmek istediğiniz her konuda hastanemize başvurabilirsiniz.

****18 yaşın üzerindeki hastaların kendilerinden, 15-18 yaş arasındaki hastaların kendilerinden ve ayrıca yasal temsilcisinden, bilinci kapalı olan, zihinsel engelli ve 15 yaşın altında olan, tıbbi acil durumlarda ve karar verme yetkisi bulunmayan hastaların yasal temsilcisinden rıza alınır.**

***Yasal Temsilci:** Vesayet altındakiler için vasi, reşit olmayanlar için anne-baba, bunların bulunmadığı durumlarda 1.derece kanuni mirasçılar. Bu onay formunu imzalamak hastanın kanuni haklarını ortadan kaldırmaz.

Der Grund, warum der Patient nicht zustimmen kann (auszufüllen):

Dem oben genannten Patienten / Patientenvertreter wurden folgende Informationen gegeben: Die Erkrankung, der geplante Eingriff, der Grund und der Zweck des Eingriffs, der nachfolgenden Pflege nach dem Eingriff, den zu erwartenden Risiken, dem Typ der gegebenenfalls erforderlichen Anästhesie und den Risiken und Komplikationen der Anästhesie und Fragen beantwortet. Der Patient / Patientenvertreter hat das Formular unterschrieben und damit bestätigt, dass er ausreichend informiert ist und seine Zustimmung zum Eingriff gibt.

Arzt/in:

Name

Unterschrift:

Datum / Uhrzeit:

Wenn der Patient/die Patientin Sprach- / Kommunikationsprobleme hat:

Ich habe die Erläuterungen des Arztes für den Patienten übersetzt. Meiner Meinung nach hat der Patient die von mir übersetzten Informationen verstanden.

Übersetzer:

Name (handschriftlich):

Unterschrift:

Datum / Uhrzeit:

Bei allen Beschwerden im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen oder jedem anderen Thema können Sie sich an das Krankenhaus wenden.

**** Für Patienten über 18 Jahren wird die Zustimmung von selbst, für Patienten im Alter von 15-18 Jahren zusätzlich von selbst und ihrem gesetzlichen Vertreter eingeholt. Bei bewusstlos, geistig behinderten und unter 15-jährigen Patienten, die nicht in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen, wird die Zustimmung von dem gesetzlichen Vertreter eingeholt.**

***Gesetzlicher Vertreter/in:** Ein Vormund für Entmündigte, Minderjährige, und falls nicht vorhanden, die gesetzlichen Erben. Das Einverständniserklärungsformular hebt nicht die gesetzlichen Rechte des Patienten auf.



öncesinde saç ekiminin daha iyi planlanması için video ve
kayıtlarınız alınacak, video seansı sırasında sesiniz de
ektir. Onayınız sonrasında aldığımız fotoğraf, video ve ses
sayesinde ameliyat sonrası bakımınız ve iyileşme
ağlıklı bir şekilde takip edilmektedir. Saç ekimi yaptırmayı
astalarımıza örnek teşkil etmesi amacıyla süreç boyunca
sel kayıtlarınız, onay vermeniz halinde web sitemizde ve
formlarda yayınlanacaktır.

ve video kayıtlarında yüzünüzün görünmesi veya
eter hâsi sizin izninize bağlıdır. Toplanacak kişisel verileriniz,
ausreichend yükümlülüklerine tabi olarak 10 yıl süreyle uygun
saklanacak ve sonrasında aynı politika kapsamında imha
İmzaladığınız beyanname ile fotoğraflarınızın ve video
n kullanılmasını kabul etmiş olursunuz.

gösteren fotoğraf veya videoların çekilmesine izin

göstermeyen fotoğraf veya videoların çekilmesine izin

ahsen iletilen "İletişim Formu Aracılığıyla Kişisel Verilerin
e ilişkin Aydınlatma Metni "ni okuduğumu; yukarıda
d, soyad, telefon numarası, e-posta adresi ve fotoğraf gibi
üntü ve iletişim bilgileri şeklindeki kişisel verilerin,
metninde belirtilen veri işleme amacı ile bağlantılı olarak
bildiğimi; 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması
("Kanun") 9. maddesinin 1. fıkrasında belirtilen verilerin
e otomatik olmayan yollarla iş ortakları WhatsApp
erver ve yurt dışındaki grup şirketlerine aktarıldığını
abul ve beyan ederim. 6698 sayılı Kişisel Verilerin
Kanunu'nun ("Kanun") 9. maddesinin 1. fıkrasında
erilerin, veri sorumlusunun kişisel verilerin yurt dışına
a ilişkin açık rızasının bulunması hukuki sebebine dayalı
matik ve otomatik olmayan yollarla, iş ortaklarına,
aracısı WhatsApp Overseas Server'a ve veri toplama
arçası olduğu ölçüde yurt dışındaki grup şirketlerine, veri
n alınacak her türlü teknik ve idari tedbirin uygulanması
tarılacağını, Kanun'un 11. maddesinde sayılan haklarım
asıl kullanacağım konusunda açıkça bilgilendirildiğimi ve
ı dilediğim zaman geri alabileceğim konusunda
lim.

metninde belirtilen usul ve esaslara uygun olarak ilgili
sınırlı olmak kaydıyla; kişisel verilerimin aydınlatma
elirtilen ELİT KLİNİK tarafından, aydınlatma metninde
eme amaçları ile sınırlı ve uygun bir şekilde işlenmesine
a aktarılmasına

ge ile açıkça kabul ediyorum ve kabul ettiğimi beyan

e ile açıkça kabul ediyorum ve kabul etmediğimi beyan

ve soyadı:

THOMAS

Ihre Video- und Fotoaufnahmen werden zur besseren Planung der
Haartransplantation vor der Operation gemacht, und auch Ihr Ton wird
während der Videositzung aufgezeichnet. Dank Ihrer Foto-, Video- und
Audioaufnahmen, die wir nach Ihrer Zustimmung erhalten, wird Ihre
postoperative Versorgung und Erholungsphase auf gesunde Weise
überwacht. Ihre visuellen Aufnahmen, die während des Prozesses
gemacht werden, werden auf unserer Website und auf sozialen
Plattformen veröffentlicht, um Patienten, die eine Haartransplantation
in Erwägung ziehen, ein beispielhaftes Beispiel zu geben, sofern Sie
zustimmen.

Dass Ihr Gesicht in den Foto- und Videoaufnahmen zu sehen ist oder
nicht, hängt von Ihrer Zustimmung ab. Ihre zu erfassenden persönlichen
Daten werden unter Berücksichtigung der gesetzlichen
Geheimhaltungspflichten 10 Jahre lang in geeigneten Umgebungen
aufbewahrt und dann inn Rahmen der gleichen Richtlinie vernichtet. Mit
der Erklärung, die Sie unterschreiben, erklären Sie sich mit der
Verwendung Ihrer Bilder und Videoaufnahmen einverstanden.

☒ Ich erlaube, dass Fotos oder Videos gemacht werden, auf denen
mein Gesicht zu sehen ist.

☐ Ich erlaube, dass Fotos oder Videos gemacht werden, auf denen
mein Gesicht nicht zu sehen ist.

Ich akzeptiere und erkläre hiermit, dass ich den persönlich erhaltenen
"Erläuterungstext zur Verarbeitung personenbezogener Daten über das
Kontaktformular" gelesen habe; und dass ich darüber informiert bin,
dass personenbezogene Daten in Form von Identitäts-, Bild- und
Kontaktinformationen, einschließlich Name, Nachname,
Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Foto, wie oben angegeben, in
Verbindung mit der Absicht der Datenverarbeitung, wie im
Erläuterungstext angegeben, erhoben werden; ich bin darüber
informiert, dass die in Artikel 9/1 Absatz des Gesetzes zum Schutz
personenbezogener Daten Nr. 6698 ("Gesetz") genannten Daten durch
automatische und nicht-automatische Mittel an die Geschäftspartner,
den Nachrichtenvermittler WhatsApp Overseas Server und die
Konzerngesellschaften inn Ausland übermittelt werden, sofern sie Teil
des Datenerfassungssystems sind, und unter Anwendung aller Arten von
technischen und administrativen Magnahmen, die für die
Datensicherheit zu ergreifen sind, auf der Grundlage des Rechtsgrundes,
dass die ausdrückliche Zustimmung des Dateninhabers zur Übermittlung
personenbezogener Daten ins Ausland vorliegt, und dass ich klar über
meine in Artikel 11 des Gesetzes aufgeführten Rechte und die Ausübung
dieser Rechte informiert wurde; und ich wurde darüber informiert, dass
ich meine ausdrückliche Zustimmung jederzeit widerrufen kann.
Vorausgesetzt, sie ist auf die relevanten Zwecke im Einklang mit den im
Erläuterungstext genannten Verfahren und Grundsätzen beschränkt; für
die im Erläuterungstext genannte Verarbeitung und Übermittlung
meiner personenbezogenen Daten ins Ausland durch ELITKLINIK, in
begrenzter und angemessener Weise für die im Erläuterungstext
genannten Verarbeitungszwecke;

☒ Ich akzeptiere und erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich damit
einverstanden bin.

☐ Ich akzeptiere und erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich nicht damit
einverstanden bin.

Vor- und Nachname des Patienten:

Datum:

Untersc

Anestezi Sonra Nelere Dikkat Edilmelidir?

- 1- Anestezi sonra bir süre yorgun ve uykulu olmanız normaldir. Bu durum, uygulanan anestezi tipine ve verilmekte olan ağrı kesici ilaçlara bağlı olarak uzayabilir, endişeye gerek yoktur.
- 2- Ameliyattan ne kadar süre sonra sıvı ve gıda alabileceğinizi hekiminiz size söyleyecektir.
- 3- Ameliyat olduğunuz gün eve gitmeniz kararlaştırıldı ise mutlaka bir erişkin yakınınızın eşliğinde gitmeli ve ilk gece yalnız kalmamalısınız. Bu geceyi dinlenerek geçirmenizi öneririz.
- 4- Ameliyattan sonraki ilk 24 saatte sigara ve alkol kullanmanız, aktif olarak trafiğe çıkmanız, sanayi makineleri kullanmanız ve önemli kararlar almanız sakıncalıdır.
- 5- Her gün kullandığınız ilaçları (aksi söylenmedi ise) aynı düzende kullanmaya devam ediniz.

Sağlığınız İçin Kritik Yaşam Tarzı Önerileri

Sağlıklı beslenme, sigara, alkol, uyuşturucu maddelerden uzak durmak kişisel hijyene önem göstermek sağlığınız için faydalıdır. Sigara içen hastalarda anestezi riskleri fazladır, anestezi nedeni ile ölüm daha sık görülür. Sigara içiyorsanız tedavi/ameliyat başarısının genel başarı ortalamasından daha düşük olacağını bilmelisiniz.

İşlemin Tahmini Süresi

Sedasyon için tahmini işlem süresi 10-20 dk arası Anestezi için bu süre 1-2 saat sürmektedir.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği

Tedavi/Operasyon uygulamasını kabul etmemek serbest iradeniz ile vereceğiniz karardır. Fikrinizi değiştirdiğiniz takdirde söz konusu Tedavi/Operasyonu uygulayabilecek kurumumuza kişisel olarak yeniden başvurabilirsiniz.

Ameliyat/girişim/işlem öncesi tanı:

Eğer varsa hastaya ait diğer olası komplikasyon ve riskler:

Kullanılacak anestezi yöntem(ler)inin seçiminde; fiziksel ve sağlık durumunun, ameliyat/- girişim/işlem tipinin, hekimimin tercihi ve benim isteğimin belirleyici olacağı açıklandı. Yapılacak ameliyat/girişim/işlem sırasında, anestezi uygulamalarının beni bilgilendiren veya ekip içerisinde diğer bir anestezi uzmanı tarafından; sedasyon uygulamalarının anestezi uzmanı veya sedasyon uygulamasında yetkin bir uzman hekim tarafından yapılacağı açıklandı. Uygulanacak anestezi ve/veya sedasyon uygulamasının amacı, tekniği, yararları, alternatif yöntemler, beklenen etkiler, olası risk ve komplikasyonlar ile ilgili açıklamaları okudum, anladım. Bu konularda bilgilendirildiğimi, bana sorularımı sormak ve kararımı vermek için yeterli süre tanıdığını beyan ederim. Cerrahi plan değişikliğine bağlı olarak anestezi yöntemi- nin de değişebileceğini veya uygulanan bölgesel anestezi yönteminin başarılı olamayabileceğini anladım. Planlanan anestezi ve gerekebilecek yöntem değişikliği için onay veriyorum.

Lütfen el yazınızla "okudum, anladım" yazarak ilgili alanları doldurunuz.

Hastanın

Adı, Soyadı:

Tarih:

Saat:

İmza:

THOMAS

56:47

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınımın yapmış olduğu girişim, bu girişimin nedeni ve faydaları, girişim sonrası gereken bakım, beklenen riskler, konusunda yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hastanın ve yakınlarının anlatılanları anladığını kanaat getirilmiştir. Kendi rızası ile bu formu okumuş ve imzalayarak onaylamıştır.

Ameliyatı / Anesteziyi / Yapan Doktor

Adı Soyadı:

Tarih:

Saat:

İmza:

Şahit (Tercüman/Görüşme Tanığı vb.)

Adı Soyadı:

Tarih:

Saat:

İmza:

Was muß man nach der Anästhesie beachten?

- 1- Es ist normal, wenn Sie sich nach der Anästhesie eine Zeit lang benommen fühlen. Diese Situation ist abhängig von der Anästhesie und kann sich wegen den verabreichten Schmerzmitteln verlängern.
- 2- Ihr Arzt wird sie informieren, wann Sie nach der Operation wieder trinken dürfen.
- 3- Falls beschlossen wurde, daß Sie am Tag des Eingriffs nach Hause sollten Sie nur in Begleitung eines Erwachsenen nach Hause und die erste Nacht nicht alleine verbringen. Wir empfehlen Ihnen, die Nacht auszuruhen.
- 4- Wir empfehlen Ihnen 24 Stunden nach dem Eingriff nicht zu trinken oder keine alkoholischen Getränke einzunehmen, nicht aktiv im Straßenverkehr teilzunehmen, keine Industriemaschinen zu benutzen oder keine Entscheidungen zu treffen.
- 5- Nehmen Sie Ihre täglichen Medikamente kontinuierlich weiter zu nehmen.

Empfehlung für ein Gesundes Lebensart

Förderlich für Gesundes Leben wäre, ein Stopp jeglichen Zigaretten- und Drogenkonsums und Gesunde Ernährung. Rauchen ein höheres Risiko für Komplikationen, die narkosebedingt sind ist höher. Die Erfolgsrate sinkt bei Raucher im Vergleich zu Nicht-Raucher.

Voraussichtliche Dauer vom Eingriff

Sedierung Dauer ungefähr 10 - 20 Minuten Wirkung von der Anästhesie 1-2 Stunden

Wie bekommt man bei Bedarf medizinische Hilfe

Sie können selbst entscheiden ob Sie diesen Eingriff/Behandlung akzeptieren. Falls Sie sich das anders überlegen sollten können Sie erneut bei uns anmelden.

Operation/Intervention/Behandlung:

Falls vorhanden, weitere mögliche Komplikationen und Risiken des Eingriffs/Behandlung:

Ich wurde informiert, daß bei der Auswahl der Anästhesiemethode, mein körperlicher und gesundheitlicher Zustand, Operation / Intervention / Behandlung- sarten, die Präferenz meines Arztes, Wunsch entscheidend sind. Ich wurde informiert, daß ich vom Informanten bzw. einem anderen Anästhesiearzt des Teams während der Operation/Intervention/Behandlung in Anästhesie versetzt werde. Die Operation wird von einem Anästhesiearzt oder einem Arzt mit erfahrener Sedierung durchgeführt. Ich habe die Informationen über Zweck, Technik, Risiken, alternative Methoden, erwartete Wirkungen, mögliche Komplikationen der Anästhesie und / oder Sedierung gelesen und verstanden. Ich erkläre, daß ich über diese Anwendungen ausreichend informiert bin und daß mir ausreichend Zeit gegeben wurde, um meine Fragen zu stellen und meine Entscheidung zu treffen. Ich habe verstanden, daß die Anästhesiemethode aufgrund der Änderung des Operationsplans geändert werden kann oder daß die angewandte Regionalanästhesie möglicherweise erfolgreich sein wird. Ich willige der geplanten Anästhesie und notwendigen Methodenänderung hiermit ein. Mit der Voraussetzung, daß die Personalia geheim gehalten werden, gestatte ich meine medizinischen Daten für wissenschaftliche Studien zu benutzen.

Bitte schreiben sie mit Ihrer Handschrift „Ich habe den Text gelesen und verstanden“ und füllen Sie die zutreffenden Felder aus.

Patient

Name, Familienname:

Datum:

Uhrzeit:

Unterschrift:

Es wurden angemessene und zufriedenstellende Erklärungen, Initiative, die in der Nähe des Patienten/Patienten durchgeführt wurde, Grund und die Vorteile dieser Initiative, die nach der Initiative Pflege, die erwarteten Risiken, gegeben. Der Patient und seine Angehörigen verstehen, was sie sagen. Der Patient hat dieses Formular mit seiner Unterschrift gelesen und unterschrieben.

Operation/der Anästhesist

Name, Familienname:

Datum:

Uhrzeit:

Unterschrift:

Gesetzlicher Vertreter des Patienten

Name, Familienname:

Datum:

Uhrzeit:

Unterschrift:

Es wurden angemessene und zufriedenstellende Erklärungen, Initiative, die in der Nähe des Patienten/Patienten durchgeführt wurde, Grund und die Vorteile dieser Initiative, die nach der Initiative Pflege, die erwarteten Risiken, gegeben. Der Patient und seine Angehörigen verstehen, was sie sagen. Der Patient hat dieses Formular mit seiner Unterschrift gelesen und unterschrieben.

Zeuge (Dolmetscher / Interpret)

Name, Familienname:

Datum:

Uhrzeit:

Unterschrift:

Bei volljährigen Personen reicht die eigene Einwilligung des Patienten. Bei Patienten unter 15 Jahren ist die Einwilligung des Patienten und zusätzlich des gesetzl. Vertreters einzuholen. Bei minderjährigen Patienten, nicht entscheidungsfähigen bzw. Notfallfällen ist die Einwilligung des gesetzl. Vertreters ausreichend.

Hasta / vekili yasal te

durumunuz / hastanız

tıbbi, cerrahi ya da

fırları, faydaları, riskleri

tüm bunları ya da b

işlemleri herhangi b

kukuyup, anlamanızı

tıbbi uygulamalarda

göstermeyeceğinizi

sin hazırlanmıştır.

ENDİRME

AN TEDAVİ

Sol İki t

EKİMİN HASTA H

aşağıdaki sorula

r için hamile olma i

or musunuz?

kolaylaştıran b

agülen veya kanam

plavix, coumadin

bir enfeksiyon h

bak hastalığınız va

(sara) hastalığınız

bir şeye karşı a

AKKINDA BİLO

davisi Nedir?

miktarla oksijen

luklarına ya da

on Gazi (03) N

kendine has k

r. Tıbbi ozon

dir. Uygulama

size tatbik e

zer ozon gaz

klara neden ol

davisi Nasıl U

ygulama yolu,

Anästhesie beachten?

ich nach der Anästhesie eine Zeit lang in einer
se Situation ist abhängig von der
wegen den verabreichten Schmerzmitteln

en, wann Sie nach der Operation wieder

daß Sie am Tag des Eingriffs nach Hause
g eines Erwachsenen nach Hause und
ne verbringen. Wir empfehlen Ihnen,

4 Stunden nach dem Eingriff nicht zu
etränke einzunehmen, nicht aktiv im Strah-
triemaschinen zu benutzen oder keine

nen Medikamente kontinuierlich weiter

ndes Lebensart

s leben wäre, ein Stopp jeglichen
nsums und Gesunde Ernährung. Rauchen
omplikationen, die narkosebedingte S
sinkt bei Raucher im Vergleich zu nicht

vom Eingriff

ar 10 - 20 Minuten Wirkung von der Anä-

bedarf medizinische Hilfe

tscheiden ob Sie diesen Eingriff/B
ch das anders überlegen sollten könne

/Behandlung:

mögliche Komplikationen und Risiken

daß bei der Auswahl der anzu-
körperlicher und gesundheitlicher Zustand

ehandlung- sart, die Präferenz meines Arztes

ich wurde informiert, daß ich vom Informi-
Anästhesiearzt des Teams wäh-

andlung in Anästhesie versetzt werde. Die
arzt oder einen Arzt mit erfahrener Sedie-

die Informationen über Zweck, Techni-
erwartete Wirkungen, mögliche Ri-

thesie und / oder Sedierung gelesen und
ese Anwendungen ausreichend Informi-ert

t gegeben wurde, um meine Fragen zu
u treffen. Ich habe verstanden, daß

und der Änderung des Operationsplans
bewandte Regionalanästhesie möglicherw-

Ich willige der geplanten Anästhesie
änderung hiermit ein. Mit der Voraussetzung,

iten werden, gestatte ich meine medizinisch-

Studien zu benutzen.

Ihrer Handschrift „Ich habe den Text ge-
die zutreffenden Felder aus.

Gesetzlicher Vertreter des Patienten

Name, Familienname:

Datum:

Uhrzeit:

Unterschrift:

ene und zufriedenstellende Erklärungen
ne des Patienten/Patienten durchgeführt

e dieser Initiative, die nach der Initiative
Risiken, gegeben. Der Patient und seine A

Der Patient hat dieses Formular mit seiner Ze-

ben.

Zeuge (Dolmetscher/Interviewer)

Name, Familienname:

Datum:

Uhrzeit:

Unterschrift:

ht die eigene Einwilligung des Patienten. Bei Patient
Patienten und zusätzlich des gesetzl. Vertreters einz-

Hasta/ vekili yasal temsilcisi;

urumunuz / hastanızın sağlık durumu ile ilgili ve size/ hastanıza
tbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik her türlü işlemler ve bunların
fleri, faydaları, riskleri hatta olabilecek zararları hakkında bilgi sahibi
e tüm bunları ya da bir kısmını reddetmek ya da kabul etmek veya
işlemleri herhangi bir aşamasında durdurmak hakkına sahiptir.

okuyup, anladığınızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da
k tbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil, bu uygulamalara rıza
göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı
sin hazırlanmıştır.

ENDİRME

AN TEDAVİ :

☐ Sol ☐ İki taraf ☐ Seviye.....

EKİMİN HASTA HAKKINDA BİLMEK İSTEDİKLERİ

aşağıdaki soruları yanıtlayınız

çin hamile olma ihtimaliniz var mı ?

or musunuz?

ayı kolaylaştıran bir hastalığınız var

agülen veya kanamayı arttıran bir ilaç

plavix, coumadin vb.) kullanıyor

zi bir enfeksiyon hastalığınız var mı?

ak hastalığınız var mı?

(sara) hastalığınız var mı?

zi bir şeye karşı alerjiniz var mı?

AKKINDA BİLGİLENDİRME

davisi Nedir?

miktarda oksijen(O2) ve ozon(O3)/ (tıbbi ozon gazı) karışımının

luklarına ya da dolaşım sistemine uygulanmasıdır.

on Gazı(O3) Nedir?

kendine has kokulu gazdır.%3-5 O3 ve %95 O2 gazların

r. Tıbbi ozon jeneratörü tarafından saf tıbbi O2 den elde

dir. Uygulama yöntemi ve protokole bağlı olarak planlanan

size tatbik edilecektir. Uygulamalarda kullanılan cihaz ve

er ozon gazına uygun seçilmiş olup yan etki, teknik

klara neden olmayacaktır.

davisi Nasıl Uygulanır?

ygulama yolu, dozu ve sıklığı hastaya göre değişmektedir.

Sehr geehrte(r) Patient*in/gesetzliche(r) Vertreter*in,

Sie haben das Recht, über den Gesundheitszustand Ihrer Person
Patienten sowie über alle medizinischen, chirurgischen oder
diagnostischen Verfahren und deren Alternativen, Nutzen, Risiko
möglichen Schäden informiert zu werden, und Sie haben das R
oder einige davon abzulehnen oder zu akzeptieren oder den Fo
der Verfahren in jedem Stadium zu stoppen.

Das Dokument, das wir Ihnen zum Lesen und Verstehen vorle
nicht erschrecken oder von medizinischen Anwendungen fern
sondern Sie informieren und Ihre Zustimmung einholen, um f
ob Sie diesen Anwendungen zustimmen möchten oder nicht.

INFORMATION

VORLÄUFIGE DIAGNOSE:

GEPLANTE BEHANDLUNG :

☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig ☐ Grad

WAS DER ARZT ÜBER DEN PATIENTEN WISSEN M

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen

NEIN

Bei Frauen: besteht die Möglichkeit, dass Sie
schwanger sind?

Stillen Sie?

Leiden Sie an einer Krankheit, die Blutungen
begünstigt?

Verwenden Sie ein gerinnungshemmendes Mittel
oder ein Medikament, das die Blutung verstärkt
(Aspirin, Plavix, Coumadin usw.)?

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten?

Leiden Sie an einer Herzklappenerkrankung?

Haben Sie Epilepsie (Fallsucht)?

Sind Sie gegen irgendwas allergisch?

INFORMATIONEN ZUM VERFAHREN

Was ist die Ozontherapie?

Die Ozontherapie umfasst die Anwendung einer M
bestimmten Menge Sauerstoff (O2) und Ozon (O3)
Ozongas) in Körperhöhlen oder dem Kreislaufsystem.

Was ist medizinisches Ozongas (O3)?

Es handelt sich um ein farbloses Gas mit einem
Geruch. Es besteht aus einer Mischung von 3-5% O
medizinische Ozon wird durch einen medizinischen
reinem medizinischem O2 hergestellt. Die Anwen
geplanten Dosierungen entsprechend der Anwe
Protokoll. Die für die Anwendungen verwendeten G
sind speziell auf Ozongas abgestimmt und
Nebenwirkungen oder technischen Probleme.

Wie wird die Ozontherapie angewendet?

> Die Anwendungsmethode, Dosierung und

REVISIONS DATUM:02.11.2023

b) Schwere respiratorische Insuffizienz: Kann je nach Krankheiten, Operationsart und -dauer auftreten. In einem gewissen Grad kann sie aber auch bei einer Operation stationiert werden. Manchmal können Atemprobleme postoperative Schmerzen hervorrufen. Hier helfen wir mit Schmerzbehandlung.

[illegible][illegible][illegible]

İla Bağı Riskleri
Reaksiyonlar: Bütün diğer ilaçlarda olduğu gibi anestezi
 ila Bağı Riskleri
 Reaksiyonlar: Bütün diğer ilaçlarda olduğu gibi anestezi
 ila Bağı Riskleri
 Reaksiyonlar: Bütün diğer ilaçlarda olduğu gibi anestezi

arın Başka İstenmeyen Etkileri: Tansiyon düşüklüğü veya artması, nabız
descrij veya artması, kalp ve solunumun durması, ağız kuruluğu, ameliyata
heits öncesi ve sonrası 1-2 saat içinde gelişen olayları hatırlama zorluğu,
uckreizi kuma, kabızlık, idrar zorluğu ortaya çıkabilir.

Yükselmesi (Malign Hipertermi): Bazı insanlarda çok nadiren (1/10.000) meydana atış yükselmesi gelişebilir ve bu durum, en iyi olanakları olan bile yüksek oranda ölümcüldür.

Riskler	k Ekipman ve Kadro Yetersizliklerine Bağlı Oluşabilecek Problemler
---------	--

yat Sırasında Verilen Pozisyonla İlgili Sorunlar: Ameliyat sırasında
Bewußtlosigkeit ve aynı pozisyonunda uzun süre yatmakla ilgili sinir ezilmeleri,
wird (un yatmaya bağlı yüz, göğüs gibi organlarda ezilme gözde yaralanma
nedeniyle oluşmaktadır.

c) Freihaltung der Atemwege während der Anästhesie: Aufgrund spezifischer Beschaffenheiten oder wegen einer großen Zunge, eines kleinen Kiefers bzw. einer nach vorn versetzten Lufröhre kann die Intubation eventuell nicht durchgeführt werden. In solchen Fällen wird Ihre Atmung mit speziellen Instrumenten bzw. Geräten aufrechterhalten. Falls erforderlich, kann die Operation verschoben oder ein Tubus extern am Hals in Ihre Lufröhre eingeführt werden. Bei der Intubation kann es zu Verletzungen einiger Organe der Atemwege (Lippen, Zunge, Zähne, Hals, Lufröhre, Lunge) kommen. Um eventuelle Zahnschäden zu vermeiden, nehmen Sie bitte Ihren Zahnersatz ab. Falls Sie festen Zahnersatz haben, informieren Sie Ihren Anästhesiearzt davon.

d) Halsschmerzen: Sie können nach längerer Intubationsdauer etwa 1-2 Tage andauern. Sie treten recht häufig auf, wobei sie selten ernste Probleme bereiten.

e) Bewußtsein: Trotz der Verabreichung der erforderlichen Medikamentendosis bei der Vollnarkose kann es sein, daß der Patient bei Bewußtsein (wach) ist.

a) Es kann sein, daß die intravenös anzusetzende spezielle Nadel aufgrund von seltenen anatomischen Unterschieden an die Arterie angesetzt wird: Wenn Ihnen hierdurch ein Medikament verabreicht wird, kann es sein, daß Sie möglicherweise einen Teil Ihrer Finger bzw. Ihren Arm verlieren. Um Ihren Blutdruck genauer zu überwachen, werden bei einigen Operationen spezielle Nadeln in die Arterie eingeführt. In diesem Fall können diese Schäden sehr selten auftreten.

b) Herzprobleme: Probleme wie z.B. schwere koronare Insuffizienz, Herzblockaden, Herzklappenerkrankungen und vorangegangener Herzinfarkt erhöhen das Risiko einer Anästhesie bzw. Operation. Bei einigen Patienten kann, während und nach der Operation, wenn auch sehr selten, ein Herzinfarkt auftreten. Um solche unerwünschte Situationen zu vermeiden, kann Ihr Anästhesiearzt eine Konsultation der Inneren Medizin bzw. Kardiologie verlangen und den zuständigen Arzt um Empfehlungen bitten.

c) Katheteranwendungen bei großen Venen: Kann bei Patienten mit Herzchirurgie, Gehirn- und Nervenchirurgieoperationen und mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgrund der Gerätemessungen zur Überwachung der Durchblutungseffizienz oder bei einem vermuteten erhöhten Blutverlust während der Operation, bei schweren Herzerkrankung und einem langfristig erforderlichem Gefäßzugang durchgeführt werden. Je nach Anwendungsgebiet (Hals, Leiste, Arm usw.) können unerwünschte Komplikationen wie z.B. Blutungen und Luftansammlung in der Lunge auftreten.

a) Allergische Reaktionen: Wie bei allen anderen Medikamenten können die, während der Anästhesie verabreichten, Medikamente allergische Reaktionen hervorrufen.

b) **Unerwünschte Nebenwirkungen der Medikamente:** Es kann zu niedrigem bzw. hohem Blutdruck, niedrigem bzw. hohem Puls, Herz- bzw. Atemstillstand, Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung Schwierigkeiten beim Wasserlassen und innerhalb von 1-2 Stunden pre und postoperativ auftretenden Gedächtnisproblemen kommen.

c) Temperaturanstieg (Maligne Hyperthermie): Bei einigen Patienten kann es, wenn auch sehr selten (1/10.000), zu unvermeidbarem Temperaturanstieg kommen und diese Situation ist sogar unter bestmöglichen Umständen äußerst tödlich.

a) Probleme aufgrund von technischen Mängel bzw. Geräte-
Personalausfällen

b) Probleme aufgrund der Positionierung des Patienten während Operation: Aufgrund der längeren bewegungslosen Positionierung während der Operation kann es zu Nervenquetschungen und aufgrund der Bauchlage zu Quetschungen an Gesicht und Brustorganen bzw.

1- Aufgrund der Narkose und Ihres klinischen Zustands werden Sie nach dem Aufwachen für eine Zeit lang im Aufwachraum auf Vitalfunktionen sorgfältig überwacht. Der Zweck dieser Überwachung ist die Überwachung, Behandlung und Kontrolle von Problemen wie hohem/niedrigem Blutdruck, Herzfrequenzänderung, Körpererwärmung, Blut/Flüssigkeitsverlust im Operationsbereich und postoperativem Schmerz, Übelkeit/Erbrechen und Atemproblemen nach der Operation.

2- Schmerzmittel zur postoperativen Schmerzkontrolle: Morphium und ähnliche Arzneimittel und/oder zusätzliche Schmerzmittel (nichtsteroidale Entzündungshemmer, nichtopioidale Schmerzmittel, Lokalanästhetika). Mögliche Nebenwirkungen dieser Medikamente sind: Atmungsunterdrückung, Übelkeit/Erbrechen, Verstopfung, Wirkungen auf den Magen-Darm-Trakt. Aufgrund dieser Nebenwirkungen werden Sie überwacht und bei Eintritt dieser Nebenwirkungen behandelt.

Hasta

Adı soyadı:

İmza:

THOMAS

Doğum tarihi:

Hastanın yasal temsilcisi

Adı soyadı:

İmza:

Yakınlık derecesi:

Hastanın yasal temsilcisinden onam alınma nedeni:

Patient

Vor- und Nachname:

Unterschrift:

Datum:

Geburtsdatum:

Vor- und Nachname des gesetzlichen Vertreters des Patienten:

Vor- und Nachname:

Unterschrift:

Datum:

Verwandschaftsgrad:

Begründung für die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters des Patienten:

Şahit

Adı soyadı:

İmza:

Tarih:

Saat:

Bilgilendirmeyi yapan
hekim

Adı soyadı:

İmza:

Tarih:

Saat:

Tercüman (ihtiyaç halinde)

Adı soyadı:

İmza:

Tarih:

Saat:

Zeuge

Vor- und Nachname:

Unterschrift:

Datum:

Informierender Arzt

Vor- und Nachname:

Unterschrift:

Datum:

Übersetzer (im Bedarfsfall)

Vor- und Nachname:

18 yaşın üzerindeki hastanın kendisinden; 15-18 yaş arasındaki hastanın kendisinden ve ayrıca yasal temsilcisinden; bilinci kapalı, 15 yaşın altında, karar verme yetisi bulunmayan hastada ve tıbbi acil durumlarda yasal temsilciden onam alınır.

Das Einverständnis wird vom Patienten über 18 Jahren; vom Patienten zwischen 15 und 18 Jahren und seinem gesetzlichen Vertreter; vom gesetzlichen Vertreter des Patienten, der bewusstlos ist, unter 15 Jahren, der nicht in der Lage ist, eine Entscheidung zu treffen, und im Falle medizinischer Notfälle verlangt.

25/09/25
anestezasyon ve anestezik ilaçların kullanılması, size anestezi yöntemi hakkında ayrıntılı bilgi verilecektir. Bu formu doldurmanız, anestezi yöntemi hakkında bilginizi ve yapılacak işlemleri onayladığınızı ve yapılacak işlemleri onayladığınızı gösterir.

Önce Nele
teziden önce
zi yöntemine gö
ecektir. Ameliyat
ilir. Bu sürelerle u
olabilir.

liyat öncesinde
erden size ait öz

amli kullanmak
nize bildirmeni
iki saatlerinde,
esi gerekebilir.

ma dişler, göz
g vb.) ameliya
yorsanız cihazı
Z

en makyaj yap
tezi Yöntem

dasyon
yolundan ila
ak yarı uyku
Zıfıza kaybı bek
on, daha da
tüm koruyuc
on uygulama

: Olası riskle
Zunun derinle
nedeniyle
ilir.

(epilepsi) n
çok gelişebi
anıza geçirdiy

ın ilacın tip
da sertleş
istinizden a
durması ve

feral Sinir

caklar ve g
tiye ek ol
ak amacıy
r. Geçici h
Sinir blo
in el, ayak
giden sini
ik ilaçtan
im koruyu
klarında d



Elit Klinik

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR TRANSPLANTATIONSCHIRURGIE IM KOPFHAUT- UND GESICHTSBEREICH

SAÇ VE YÜZ BÖLGESİ EKİM OPERASYONU İÇİN BİLGİLENDİRME VE HASTA RIZA
(ONAM)BELGESİ



NR: 2 / 4

CODE:HD.RB.87

AUSGESTELLT AM:04.01.2023

REVISION NR:07

REVISIONS DATUM:30.01.2025

SEITE NR: 3 / 4

Arzt und sein
er Tiefe vor
in die geöffnete
nahmestelle

tierenden
des

en. Die Stim
derbereich
ich während

Die Stim
derbereich
ich während
etischen Verm
on durchgeführ
sein, indem

chwellungen
b von 3-4 Te
müssen S

zt werden,
Spenderber
ärker als nor
en während

die verabreic
r Sedierung
eschlossen
verlangsam
und Tod kon

en Transplan
Spenderbere
ebene Anza

on auftritt, kan
es Patienten

beginnt, sie
mit der Zeit
dauerhaft

ten Haare we

wird, kann e

Woche nach
Nekrosebere
en Haare in
ahr erneut Ha

gen: Nach
er Stim komm
operativen
ordnungsgem

wellung kann
bar und wird
und mit Ru

n und Taubheit

gemacht, die
das Risiko ei

erationen, die
eführt werden.
nische Umgeb

e, die eine Na
größer ist als

Spenderbereic

all handelt es
kel während de
wird. Wenn es
zu lösen.Die

Diagnose

Behandlung/Prozedur:

Wenn Sie nicht über den Zweck, die Dauer, den Nutzen, die Erfolgsaussichten, den Heilungsprozess, mögliche Risiken und Komplikationen, alternative Methoden und die Situationen, mit denen Sie konfrontiert werden können, wenn Sie die Behandlung ablehnen, informiert werden möchten, teilen Sie dies bitte schriftlich mit.

Mein Arzt hat mich über meine Krankheit, die Behandlung, ihren Zweck, die Dauer, den Nutzen, die Erfolgsaussichten, die Tatsache, dass es keine Garantie für eine Besserung der aktuellen Situation gibt, den Genesungsprozess, mögliche Risiken und Komplikationen, alternative Methoden, Situationen, die auf mich zukommen können, wenn ich die Behandlung nicht annehme, aufgeklärt und mir erklärt, dass gegebenenfalls eine zusätzliche Operation/ein zusätzlicher Eingriff/ein zusätzliches Verfahren durchgeführt werden kann. Sie/er hat alle meine Fragen zu diesen Angelegenheiten beantwortet.

Ich bin darüber informiert worden, dass der oben beschriebene Eingriff an mir/dem Patienten, für den ich der gesetzliche Vormund bin, unter der Aufsicht, Beobachtung und Anleitung meines Arztes von Ärzten, Krankenschwestern und anderem medizinischem Fachpersonal durchgeführt wird.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Anästhesie von einem Anästhesisten durchgeführt wird, dass die Sedierung von einem Anästhesisten oder einem für die Sedierung zuständigen Arzt durchgeführt wird und dass die örtliche Betäubung während des Eingriffs, falls erforderlich, von meinem Arzt verabreicht wird.

Wenn es eine Unzufriedenheit mit dem Behandlungsplan oder der Frontlinie gibt, nachdem der Behandlungsplan zusammen mit dem Untersucher erstellt und die Zustimmung des Patienten eingeholt wurde, liegt die finanzielle und moralische Verantwortung beim Patienten.

Ich stimme der medizinischen Behandlung/dem chirurgischen Eingriff/dem Verfahren zu, die/der von meinem Arzt und dem Behandlungsteam als notwendig erachtet wird, da ich zurechnungsfähig bin und die Entscheidungsgewalt habe.

Ich erlaube der medizinischen Institution, die bei der Operation entnommenen Gewebe oder Organe zu untersuchen, zu entsorgen oder aufzubewahren, zu der ich oben meine Zustimmung gegeben habe.

Ich bestätige die Verwendung meiner medizinischen Daten in der wissenschaftlichen Forschung unter der Voraussetzung, dass meine Daten vertraulich behandelt werden.

Füllen Sie bitte die entsprechenden Felder aus und schreiben Sie handschriftlich "Ich habe gelesen und verstanden".

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR TRANSPLANTATIONSCHIRURGIE IM KOPFHAUT- UND GESICHTSBEREICH

SAÇ VE YÜZ BÖLGESİ EKİM OPERASYONU İÇİN BİLGİLENDİRME VE HASTA RIZA
(ONAM)BELGESİ

DOK.CODE:HD.RB.87

AUSGESTELLT AM:04.01.2023

REVISION NR:07

REVISIONS DATUM:30.01.2025

SEITE NR: 2/4

Elit Klinik

DOK.CODE:HD.RB.87

AUSGESTELLT

• Toplanan greft sayısına hastanın saç ekilecek bölgesine hekim ve ekibi tarafından 1-2 mm eninde ve 3-5 mm derinliğinde kanallar açılır. Greftler, açılan kanallara teçrübeli sağlık personelleri tarafından yerleştirilir. Greftlerin yerleştirilmesinden sonra hastanın donör sahası uygun pansuman materyalleri kullanılarak kapatılır.

• Toplam ameliyat süresi ekilecek alanın büyüklüğüne, toplanan greft sayısına, hastanın donör alanın hacmine göre değişmekle birlikte 4-8 saat sürebilir.

• Yaraların iyileşme süreci 4-10 gün arasındadır. Alın şişmesi 1'inci günden 3'üncü güne kadar oluşabilir. Saçların alındığı bölgedeki uyuşukluk hissi 3 haftadan birkaç aylık döneme kadar sürebilir. Saçın çıkma dönemi boyunca deri üzerinde bazı siviceler oluşabilir.

• Saç nakli yapılacak bölge haricinde kalan alanlar genetik dökülme sınırları içinde kaldığından, saç nakli sonrası, ekim yapılmamış olan bu bölgelerde dökülmeler olabilmekte ve ekim yapılan alan çevresi daha da açılarak ikinci bir seansa ihtiyaç duyulabilmektedir.

• Kaş nakli sonrasında ekilen bölgede ve göz kapaklarında çeşitli derecelerde morama-şişlik olması doğaldır ve 3-4 gün içinde kendiliğinden geçecektir; ekilen kaşlar uzama eğiliminde olduğu için zaman zaman makas ile uzayan bu kılları kısaltmak gerekecektir.

Operasyon Sırasında Oluşabilecek Komplikasyonlar

- Ameliyat Bölgesinde Kanama: Her ne kadar kanamayı azaltan ilaçlar kullanılsa da nadir olarak ameliyatta hastanın donör sahası veya ekim alanı normalden daha fazla kanayabilir. Bu kanamalar genellikle hastaya operasyon esnasında serum takılarak kontrol altına alınır.
- Lokal Anestezi ve Sedasyon Riskleri: Uygulanan maddelere bağlı alerjik reaksiyon görülebilir ve bu durum hayati tehlike oluşturabilir. Sedasyon risklerinde ise uykunun derinleşip genel anesteziye dönmesi, solunumun yavaşlaması veya durması nedeni ile hastanın geçici olarak solunum cihazına bağlanması gerekebilir. Sara (Epilepsi) nöbeti gelişebilir. Kalp durması ve ölüm gelişebilir. Ancak gelişme ihtimali çok düşüktür.
- İşlem öncesi değerlendirilmede ön görülen greft sayısı kişinin doku yapısına bağlı olarak değişebilir. Donör alanda travmaya sebep vermeme için ön görüşmede bildirilen kök sayısına ulaşamayabilir.
- Operasyon sırasında tıbbi bir durum ve komplikasyon geliştiği zaman operasyon şefi operasyon planlamasını hastanın sağlık durumu lehine değiştirebilir.

Operasyon Sonrasında Oluşabilecek Komplikasyonlar

- Skar Oluşumu: Her kesi sonrası iz oluşur.
- Saç Kaybı: Kıl köklerinin alındığı bölge çevresinde saç kaybı görülebilir.
- Saç Şekli Değişiklikleri: Yeni saçlar büyümeye başladığında orijinal saç gibi olmayabilir. Saç zamanla normal karakterini kazanır. Saç şekli değişiklikleri kalıcı da olabilmektedir.
- Nakledilen Saçın Uzamaması: Nakledilen saçların bir kısmı veya tamamı uzamayabilir.
- Hissizlik: FUE yapılan yer civarında geçici duyu kaybı görülebilir.
- Ekim Alanında Nekroz Oluşması: Ameliyattan sonraki ilk hafta içinde görülür. Tedavisinde nekrotik bölgeyi iyileştirici ve enfekte olmasını önleyen ilaçlar kullanılır. Nekrotik bölgede ekilen saçların çıkmaması durumunda bir sene sonra o bölgelere tekrar saç ekimi yapmak gerekebilir.
- Alında, göz çevresinde morama ve şişlik: Saç ekimi operasyonu sonrası alın kısmında çok hafif bir şişlik olabilir. 2-3 günde geçer. Eğer hasta operasyon sonrası verilen talimatları yerine getirmez ve kendisine reçete edilen ilaçları düzgün kullanmaz ise şişlik ve morluk artabilir ve 1-2 hafta kadar şişlik kalabilir. Böylesi bir durum ameliyat öncesi tespit edilemez, operasyon sonrası verilen diğer ilaçlarla ve istirahat ile kontrol altına alınır.
- Cilt Sorunları: Cilt dokusunda kızamıkçık, kabuklanma, şişlik, uyuşukluk oluşabilir. Bu durumlar zamanla kendiliğinden kaybolur.
- Enfeksiyon: Her cerrahi müdahale, vücudun en önemli savunma organı olan cildin açılması demektir ve bu durumda açılan bölgenin mikrop kapma riski bulunmaktadır. Ancak Uzman bir hekim ve ekibi tarafından uygun bir ortamda yapılan ameliyatta bu risk son derece düşüktür. Uygun hijyenik ortamın ameliyattan sonra da hasta tarafından sağlanması gerekmektedir.
- Keloid: Cildimiz incindiği zaman yara oluşur, iz bırakır. Bazen de yaranın üzerinde oluşan tamir dokusu gerçek boyutundan büyük oluşmasıyla ortaya çıkar.
- Şok Saç Dökülmesi:Ekimden 2-4 hafta sonrasında donör bölgede yama şeklinde saçsız alanlar izlenebilir. Bu dökülme ekim sürecindeki foliküllerin stresine bağlı olarak ortaya çıkan geçici bir dökülmeye ve şok saç dökülmesi olarak adlandırılmaktadır. Ortaya çıkması durumunda hekiminizin önerdiği tedavi ile durumu yönetmek mümkündür. Transplantasyonu takip eden 3-4 ay içinde saç kaybı geri dönmektedir.

• Entsprechend der Anzahl der entnommenen Transplantate werden vom Arzt und dem Team im Transplantationsbereich Kanäle mit einer Breite von 1-2 mm und einer Tiefe von 3-5 mm geöffnet. Transplantate werden von erfahrenem medizinischem Personal in die gefüllten Kanäle eingesetzt. Nachdem die Transplantate eingesetzt wurden, wird die Entnahmestelle des Patienten mit geeignetem Verbandsmaterial verbunden.

• Die gesamte Operationszeit variiert je nach Größe des zu transplantierenden Bereichs, der Anzahl der gesammelten Transplantate und dem Volumen des Spenderbereichs des Patienten, kann jedoch 4 bis 8 Stunden dauern.

• Die Operationswunden werden sich innerhalb von 4 bis 10 Tagen erholen. Die Schwellung vom ersten bis zum dritten Tag anschwellen. Das Taubheitsgefühl im Spenderbereich zwischen 3 Wochen und mehreren Monaten anhalten. Auf der Haut kann sich während des Haarwachstums leichte Akne entwickeln.

• Da auch andere Bereiche als der Transplantationsbereich vom genetischen Verlust betroffen sind, kann es in diesen Bereichen, in denen keine Transplantation durchgeführt wurde, zu Haarausfall kommen, und eine zweite Sitzung kann erforderlich sein, um die Peripherie des Transplantationsbereichs weiter ausgedehnt wird.

• Nach einer Augenbrauentransplantation sind Quetschungen und Schwellungen Transplantationsbereich und an den Augenlidern normal und klingen innerhalb von 3-4 Wochen spontan ab. Da die transplantierte Augenbraue zum Wachstum neigt, müssen wachsenden Haare von Zeit zu Zeit mit einer Schere kürzen.

Mögliche Komplikationen während des Eingriffs

- Blutungen an der Operationsstelle: Obwohl Medikamente eingesetzt werden, um Blutungen zu reduzieren, kann es in seltenen Fällen vorkommen, dass der Spenderbereich oder der Transplantationsbereich des Patienten während der Operation stärker als normal blutet. Diese Blutung wird in der Regel kontrolliert, indem dem Patienten während der Operation ein Serum verabreicht wird.
- Risiken der lokalen Anästhesie: Es kann zu allergischen Reaktionen auf die verabreichten Substanzen kommen, die lebensbedrohlich sein können. Zu den Risiken der Sedation gehören, dass der Patient möglicherweise vorübergehend an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden muss, da sich der Schlaf vertieft und eine Vollnarkose eintritt, die die Atmung verlangsamt und stoppt. Es kann zu epileptischen Anfällen kommen. Es kann zu Herzstillstand und Tod kommen. Diese treten jedoch nur selten auf.
- Bei der Beurteilung vor dem Eingriff kann die Anzahl der vorhergesagten Transplantate nach der Gewebestruktur der Person variieren. Um kein Trauma im Spenderbereich verursachen, kann es sein, dass die in der Vorbesprechung angegebene Anzahl der Haarfollikeln nicht erreicht wird.
- Falls während der Operation eine medizinische Situation oder Komplikation auftritt, wird der Operationsleiter die Operationsplanung zugunsten des Gesundheitszustands des Patienten anpassen.

Mögliche Komplikationen nach der Operation

- Narbenbildung: Nach jeder Inzision bilden sich Narben.
- Haarausfall: Im Spenderbereich kann es zu Haarausfall kommen.
- Änderung der Haarstruktur: Wenn neues Haar zu wachsen beginnt, kann es möglicherweise nicht wie das ursprüngliche Haar aus. Das Haar gewinnt mit der Zeit die normalen Eigenschaften zurück. Änderungen der Haarstruktur können auch dauerhaft sein.
- Ausbleiben des Haarwachstums: Einige oder alle der transplantierten Haare können möglicherweise nicht.
- Taubheitsgefühl: Im Bereich der Stelle, an der die FUE durchgeführt wird, kann es zu einem vorübergehenden Gefühlsverlust kommen.
- Nekrose im Transplantationsbereich: Sie tritt innerhalb der ersten Woche nach der Operation auf. Die Behandlung erfolgt mit Medikamenten, die den Nekroseprozess behandeln und verhindern, dass er sich infiziert. Wenn die transplantierten Haare in der nekrotischen Region nicht wachsen, kann es notwendig sein, nach einem Jahr erneut diese Bereiche zu verpflanzen.
- Quetschungen und Schwellungen um die Stirn und die Augen: Nach der Haartransplantation kann es zu einer leichten Schwellung im Bereich der Stirn kommen, die innerhalb von 2-3 Tagen. Wenn der Patient die postoperativen Anweisungen nicht befolgt und die verschriebenen Medikamente nicht ordnungsgemäß einnimmt, können Schwellungen und Blutergüsse zunehmen und die Schwellung kann Wochen anhalten. Diese Situation ist vor der Operation nicht vorhersehbar und wird mit anderen Medikamenten, die nach der Operation verabreicht werden, und mit kühlen Kompressen kontrolliert.
- Hautprobleme: Es kann zu Rötungen, Krustenbildung, Schwellungen und Taubheitsgefühl der Hautgewebe kommen. Diese verschwinden mit der Zeit von selbst.
- Infektion: Bei jedem chirurgischen Eingriff wird ein Schnitt in die Haut gemacht, die wichtigste Abwehrorgane des Körpers ist, und in diesem Fall besteht das Risiko einer Infektion im Schnittbereich. Dieses Risiko ist jedoch extrem gering bei Operationen, die von einem Facharzt und seinem Team in einer geeigneten Umgebung durchgeführt werden. Der Patient sollte auch nach der Operation für eine angemessene hygienische Umgebung sorgen.
- Keloid: Wenn unsere Haut beschädigt wird, entsteht eine Wunde, die eine Narbe hinterlässt. Manchmal bildet sich das Heilgewebe auf der Wunde, die größer ist als die ursprüngliche Größe.
- Schock-Haarverlust: 2-4 Wochen nach der Transplantation kann im Spenderbereich fleckiger, haarloser Haarausfall beobachtet werden. Bei diesem Haarausfall handelt es sich um einen vorübergehenden Haarausfall, der aufgrund der Belastung der Follikel während der Transplantationsprozesse auftritt und als Schockhaarausfall bezeichnet wird. Wenn es möglich ist, die Situation mit der von Ihrem Arzt empfohlenen Behandlung zu lösen. Die Haare werden nach der Transplantation in den nächsten 3-4 Monaten wieder nachwachsen.

WITER