

# **PRAXISZENTRUM OBERKASSEL**

**DR. RICHARD NAGELSCHMITZ**

**FACHARZT FÜR HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE**

**ÄSTHETISCHE MEDIZIN**

## **Laser-Behandlung zur Entfernung von Altersflecken, Sommersprossen und Pigmentflecken**

Die Entfernung von Pigmentflecken ist heute mit Hilfe aktueller Laser sehr gut möglich. Es ist ein schonendes Verfahren, bei dem die fleckenbehaftete Haut mit Laserlicht bestrahlt wird und die Energie des Lasers sich selektiv auf die pigmentierten Bestandteile der Haut konzentriert. Die Arbeit mit extrem kurz gepulsten Laser wurde speziell für diese Behandlungen entwickelt. Mit den kurzen Lichtimpulsen wird das Pigment der oberen Hautschicht gezielt angegriffen. Die entstehenden Fragmente der Pigmentzellen wachsen dann entweder in Form einer oberflächlichen Kruste innerhalb vom 5 bis 10 Tagen heraus oder werden durch das lymphatische System abgebaut. Auf diese Weise können Altersflecken entfernt werden. Nur ein oder zwei Behandlungen sind in der Regel erforderlich. Die behandelten Bereiche heilen grundsätzlich innerhalb einer Woche aus. Die einzelnen Lichtimpulsen verursachen durch die Energieabsorption einen kurzen Schmerz, vergleichbar mit einem kleinen Nadelstich. Dieser Schmerz ist sehr gut, ohne Lokalanästhetikum auszuhalten. Bei besonders schmerzempfindlich Arealen oder größeren Café-au-lait-Flecken kann vorher eine Lokalanästhesie mit einer speziellen Creme 30 Minuten aufgetragen werden.

### **Sicherheitsanamnese – Was Ihr Arzt wissen sollte:**

- Nehmen Sie Medikamente ein, die zu erhöhter Lichtempfindlichkeit führen?
  - Nein       Ja .....
  
- Nehmen Sie derzeit sonstige Medikamente ein?
  - Nein       Ja .....

- Ist eine abnorme Narbenbildung bekannt, bspw. nach Laserbehandlungen?
  - Nein       Ja .....
  
- Leiden Sie an Herpes? Wenn ja, wann zuletzt akut?
  - Nein       Ja .....
  
- Neigen Sie zu Hyper- oder Hypopigmentierungen?
  - Nein       Ja .....
  
- Besteht eine Herz-Kreislaufferkrankung, z. B. ein Herzfehler oder Bluthochdruck?  
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
  - Nein       Ja .....
  
- Sind Sie schwanger bzw. befinden Sie sich in der Stillzeit?
  - Nein       Ja .....
  
- Sonstiges (durch den behandelnden Arzt zu ergänzen)
  - .....
  - .....

Gelesen und verstanden: Düsseldorf, den .....

Ich habe keine weiteren Fragen.

Unterschrift des Patienten / der Patientin:

Unterschrift des Arztes: