

**Praxis Dr. med. M. Fechner**

ögonläkare

Große Parower Str. 47  
DE-18435 Stralsund  
Tel.: +49 (0)3831-38 00 02  
Fax: +49 (0)3831-38 00 03  
www.augenklinik-stralsund.de  
augenklinik.stralsund@t-online.de

---

Bästa/e patient!

Du har grå starr, det vill säga Ditt ögas naturliga lins har blivit grumlig. Endast en starroperation kan återställa synskärpan.

En **starroperation** är i regel ett litet ingrepp, som med lokal bedövning går att utföra på mellan 15 och 45 minuter. Ögat öppnas under det övre ögonlocket och den gamla, grumliga linsen dras ut eller pulveriseras med ultraljud och sugts ut. I dess ställe implanteras en klar konstgjord lins. Den konstgjorda linsen behöver ingen vård utan läker fast i ögat och gör att Du kan se utan starrglasögon.

Operationen av grå starr kan genomföras **polikliniskt**.

Efter operationen tar det ca fyra veckor för operationssåret att läka, men det kan dröja längre om störningar uppträder. Möjliga störningar är ett förhöjt eller ett för kraftigt minskat tryck i ögat eller retning av ögats inre. Sådana störningar fördröjer även den förbättring av synskärpan, som operationen avser att åstadkomma.

Vid starroperationer förekommer **komplikationer mycket sällan**, men kan inte helt uteslutas.

Möjliga komplikationer är exempelvis

- blödning i ögats inre
- infektion eller andra inflammationer i ögat
- näthinne- eller åderhinneavlossning
- synförlust i det opererade ögat
- krympning av det opererade ögat
- kosmetisk missklädning

Man bör också ta i beaktande att **tidigare sjukdomar** i det öga som skall opereras minskar utsikterna till att operationen ska ge den önskade framgången. Här kan nämnas bl.a

- medfödd synsvaghet
- grön starr
- av diabetes orsakade förändringar av näthinnan
- åldersrelaterad makuladegeneration

Om Du tagit såväl riskerna som utsikterna till framgång i beaktande och därefter bestämt Dig för en operation, ber vi Dig att underteckna bifogad "Deklaration om samtycke till operation"

Dr. med. M. Fechner

---

**Mottagningstider: Mån, tis, tor kl. 08.00-12.00 och kl. 14.00-17.00; ons, fre kl. 08.00-13.00**

Große Parower Str. 47  
DE-18435 Stralsund  
Tel.: +49 (0)3831-38 00 02  
Fax: +49 (0)3831-38 00 03  
www.augenklolik-stralsund.de  
augenklolik.stralsund@t-online.de

**Patient:** ....., **född den** .....

**Adress:** .....

### Deklaration om samtycke till operation

En **operation** av **grå starr** med **lokal bedövning** är planerad att utföras på mig

(namn) ....., född den .....

till en **fast kostnad av 999.- EUR.**

Jag har förstått de upplysningar jag fått om den planerade operationen och har kunnat ställa alla mina frågor. Jag vet att jag **inte** kan få en **garanti** på att behandlingen blir framgångsrik.

Jag har särskilt blivit informerad om följande risker

- blödning i ögats inre
- inflammation i ögat
- synförlust i det opererade ögat
- krympning av det opererade ögat
- kosmetisk missklädning

- övriga risker jag känner till

.....  
.....

Jag är införstådd med de för min räkning planerade medicinska åtgärderna och min kostnad därför och önskar att operationen genomförs. Ändringar och utvidgningar av det operativa ingreppet i fall dessa – av oförutsägbara skäl – skulle visa sig vara meningsfulla och nödvändiga förklarar jag mig redan i förväg införstådd med.

Ort, datum: ....., patientens namnteckning .....

**Mottagningstider: Mån, tis, tor kl. 08.00-12.00 och kl. 14.00-17.00; ons, fre kl. 08.00-13.00**

---

Große Parower Str. 47  
DE-18435 Stralsund  
Tel.: +49 (0)3831-38 00 02  
Fax: +49 (0)3831-38 00 03  
www.augenklinik-stralsund.de  
augenklinik.stralsund@t-online.de

---

**Namn:** ....., **född den** .....

**Adress:** .....

**Tel:** ..... **E-post:** .....

### Överenskommelse om avbokning av operationstid

Jag vill bli opererad för grå starr den ..... Jag har tagit del av och accepterar härmed att bokningen av denna operationstid är bindande.

Jag är införstådd med att betala en **administrationsavgift** på **80,00 EUR** om jag under de två närmaste dagarna före operationen avbokar den inplanerade operationstiden eller om jag uteblir från operationen.

**Ort, datum:** ....., **patientens namnteckning** .....