



## Aufklärungsprotokoll

Kinderklinik  
Kinderchirurgie

---

## Vorhautverengung

Liebe Eltern

Bei Ihrem Sohn wurde folgende Diagnose gestellt:

**Vorhautverengung** (Phimose)

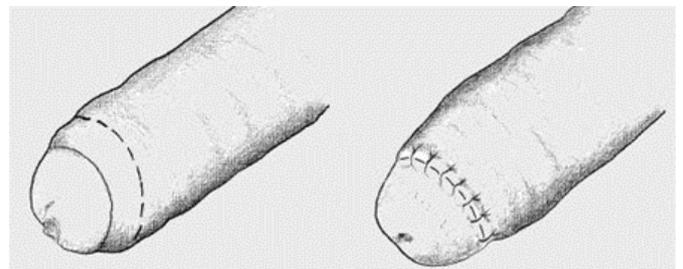
---

### Notwendigkeit

Bis im Alter von 6-8 Jahren sollte die Vorhaut des männlichen Glieds komplett und schmerzfrei zurückgezogen werden können. Spätestens in der Pubertät muss dies möglich sein, da es sonst zu Schmerzen bei der Erektion (Versteifung des Glieds) kommen kann. In jedem Alter kann es zu Entzündungen der Vorhaut und der Eichel kommen, da das Reinigen der Eichel bei nicht zurückziehbarer Vorhaut kaum möglich ist. Sobald das Schulalter erreicht ist, sollte die nicht zurückziehbare Vorhaut behandelt werden. Wenn ausdrücklich kein komplettes Entfernen der Vorhaut gewünscht wird, so kann eventuell durch eine Verkürzung der Vorhaut erreicht werden, dass diese komplett über die Eichel zurückgezogen und so Probleme möglichst vermieden werden können

### Beschreibung des Eingriffs

- Sprengen des zu engen Vorhautrings und Lösen der Verklebungen
- Durchtrennen des Penisbändchens (Frenulotomie)
- Kürzen der Vorhaut unterhalb der engen Stelle.
- Blutstillung
- Vernähen der beiden Hautteile der Vorhaut
- Verband mit Salbe



### Verlauf ohne Behandlung bzw. mögliche Behandlungsalternativen

Bleibt die Vorhaut eng werden später insbesondere bei Erektionen und in der Sexualität Probleme (Schmerzen) auftreten. Zudem kann es zu Entzündungen der Eichel kommen da diese nicht genügend gereinigt werden kann.

Eine Salbentherapie zur Weitung der Vorhaut ist möglich und sollte zunächst immer versucht werden. Zudem wäre es möglich eine Operation durchzuführen, bei der die Vorhaut belassen und nur geweitet wird. Diese Möglichkeiten haben aber eine recht grosse Chance, dass die Vorhaut wieder eng wird. Die sicherste und daher auch beste Option wäre ein vollständiges entfernen der Vorhaut, wobei dann aber die Eichel komplett frei liegen und nicht mehr von mit Vorhaut bedeckt werden könnte.



**Bestätigung:** Die/der gesetzliche Vertreterin/Vertreter des Patienten bestätigt, dass sie/er diesem Protokoll entsprechend über die bevorstehende Operation verständlich aufgeklärt worden ist und dass sie/er sich wie folgt entschieden hat:

**ja** Durchführung der Operation wie besprochen

**nein** keine Durchführung der Operation unter Inkaufnahme der besprochenen/erwähnten Folgen

**Ich bin einverstanden**, dass die Daten meines Kindes an medizinische Register weitergeleitet werden können

**Ich bin einverstanden**, dass das Untersuchungsgut meines Kindes für die Krankheitsforschung verwendet werden darf

Name / Vorname von anderen anwesenden Personen, ev. Dolmetscher

---

**Ort, Datum, Zeit und Dauer**  
des Aufklärungsgesprächs:

---

**Unterschrift/Stempel: Aufklärender Arzt**

---

**Unterschrift: Gesetzliche Vertretung des Patienten**

---

**Fakultative Unterschrift: Patient**

---