



Formblatt

MU-KK-01.6.1.2. F01

Version: 05

Spezielle Einwilligung des Patienten

Erstellungsdatum: 02.03.2018

Operation / Eingriff	
1	Der Grund der geplanten Operation / des geplanten Eingriffs (Diagnose / Symptom)
2	Die Bezeichnung / der Typ der geplanten Operation / des geplanten Eingriffs
3	Der geplante Termin der Operation / des Eingriffs
4	Operateur / Die den Eingriff durchführende Person
5	Die hinsichtlich der Operation / des Eingriffs relevanten, vom Patienten aufgelisteten Vorereignisse und der derzeitige Zustand
6	Die zur Operation / zum Eingriff nötigen Vorbereitungen und die notwendige Medikation
7	Kurze Beschreibung der Operation / des Eingriffs
8	Häufig vorkommende mögliche Komplikationen
9	Aufgaben nach der Operation / dem Eingriff
10	Sonstige dem behandelnden Arzt bekannte individuelle Informationen zum Patienten / zur Patientin

Für den Erfolg des Eingriffs und im vollen Bewusstsein meiner Verantwortung und in meinem eigenen Interesse beantworte ich die gestellten Fragen in voller Offenheit, und gebe über alle mir bekannten Tatsachen und Umstände Informationen. Ich habe Kenntnis davon, dass die Verheimlichung dieser Informationen Risiken bzw. Komplikationen bei der notwendigen, mit meiner Bewilligung durchgeführten Behandlung verursachen oder die Wahrscheinlichkeit dieser erhöhen kann.

Ich habe die zu dieser Einwilligung gehörende mündliche und schriftliche* Information für Patienten (Nummer der schriftlichen Information:) verstanden und zur Kenntnis genommen. Ich habe auf meine Fragen über das vorgeschlagene Heilverfahren, die möglichen Komplikationen und den voraussichtlichen Ablauf des Eingriffs ausreichende und mir verständliche Antworten bekommen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nicht vorhersehbare Komplikationen auch bei einem sachgemäßen Eingriff auftreten können, und diese die voraussichtliche Zeitdauer der Heilung und den Erfolg ungünstig beeinflussen können.

Ich erkläre, mich bei Verdacht oder Wahrnehmung einer Komplikation umgehend bei der Versorgungsstelle zu melden. Ich nehme zur Kenntnis, dass bei Versäumung der abgestimmten Kontrolluntersuchungen und Nichteinhalten der Anweisungen die Verantwortung für die eventuellen Folgen von mir zu tragen ist.

Datum:

Nach dem Durchlesen der Information für Patienten*/ nach der mündlichen Information willige ich in die vorgeschlagene Operation / den vorgeschlagenen Eingriff ein:

.....
Unterschrift der Patienten

.....
Unterschrift der zur Abgabe der
Erklärung berechtigten Person

.....
Unterschrift des Arztes

Nach dem Durchlesen der Information für Patienten*/ nach der mündlichen Information willige ich nicht in die vorgeschlagene Operation / den vorgeschlagenen Eingriff ein:

.....
Unterschrift der Patienten

.....
Unterschrift der zur Abgabe der
Erklärung berechtigten Person

.....
Unterschrift des Arztes

Wenn eine schriftliche Information für Patienten angewendet wird, ist der mit * markierte Teil zu löschen.