

Einverständniserklärung zur Operation

Vorgesehene Maßnahme:

.....

Ich wurde darüber unterrichtet, dass oben genannte Maßnahme bei mir durchgeführt werden soll. Über Art, Zweck und Hergang des Eingriffs sowie über seine wesentlichen Vor- und Nachteile und Risiken, auch im Vergleich zu anderen Methoden und zum Unterlassen des Eingriffs wurde ich informiert. Mir ist bekannt, dass ich unter Umständen erst während des Eingriffs eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahme als notwendig herausstellen kann. Ich bin auch auf mögliche Komplikationen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen worden. Besondere Probleme bei mir kamen ausführlich zu Sprache, insbesondere:

Blutung (), Nachblutungen (), Bluttransfusion (Möglichkeit der Infektion mit HIV, Hepatitis) ()
Entzündung (Infektion) (), Wundheilungsstörung ()
Blutgerinnsel in Venen oder Arterien (Thrombose, Embolie) ()

.....

.....

.....

Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten erfolgte soweit ich es wünschte. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann. Ich erkläre mich mit der vorgesehene Maßnahme und Methode sowie mit den erforderlichen Erweiterungen und Änderungen einverstanden.

Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe. Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich informiert. Insbesondere darüber, dass:

.....

.....

.....

Sankt Augustin, den

.....

Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

.....

Arzt, zugleich Beglaubigung der Patientenunterschrift