

Allgemeines Aufklärungsprotokoll mit Einwilligungsfomular

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin

Die folgenden Ausführungen sollen Sie aufklären und nicht beunruhigen. Sie sind nur ein Teil der Aufklärung. Der geplante Eingriff wird mit Ihnen persönlich besprochen. Bitte fragen Sie deshalb nach Allem, was Ihnen unklar ist oder wichtig erscheint. Nur bei vollständiger Aufklärung können Sie selbstbestimmt entscheiden.

Die Ärztin/der Arzt ist verpflichtet, den Eingriff mit gebotener Sorgfalt vorzunehmen. Die Ärztin/der Arzt kann den Erfolg jedoch nicht garantieren.

1. Geplanter Eingriff, inkl. zeitliche Dringlichkeit:

2. Gründe für den Eingriff:

3. Alternative Behandlungsmöglichkeiten, d.h. mögliche Therapien anstelle des Eingriffs und damit verbundene mögliche Auswirkungen auf Sie:

4. Anästhesieverfahren (genaue Aufklärung via Narkoseärztin/Narkosearzt):

5. Operationsmethode:

- Technik, geplantes Vorgehen
- Durchführung: ambulant oder zwingend stationär
- Im Körper verbleibende Materialien (Netze, Implantate)

6. Mit der Operation verbundene Risiken:

- Blutungen, Infektionen, Verletzungen benachbarter Organe, Nervenschäden (vorübergehend/bleibend)
- Risiko-Wahrscheinlichkeit (eher häufig, gelegentlich, selten, sehr selten)
- Möglich notwendige Änderungen oder Erweiterungen während der Operation
- Individuelle Risiken

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

7. Mit der Operation verbundene Auswirkungen auf Sie:

- Vorübergehende Folgen: Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Sexualfunktionen, Blasenfunktion, Ernährungsvorschriften, Arbeitsunfähigkeit
 - Vermutliche bleibende Folgen: (Inkontinenz, Narben, Verwachsungen etc.)
 - Erforderliche Massnahmen – vorübergehend/bleibend: Katheter, Medikamente, Pflege, Kontrollen etc.
-
-

8. Operationsskizze, Hinweise auf Bilder und Medien (Filme, Homepages, Grafiken, Broschüren):

- Operationsmethode, Hautschnitt, was wird entfernt oder rekonstruiert, Seitenbezeichnung

9. Spezifische Notizen der Ärztin/des Arztes zur Operation:

- Individuelle Risiken: Alter, Herzleiden, Übergewicht, persönliches Verhalten (Rauchen, Alkohol, etc.), Medikamente Bsp. blutverdünnende Medikamente, Allergien
-
-

10. Kosten des Eingriffs:

- Kassenpflichtig ja nein
- Selbstzahler ja nein
- Ergänzende Bemerkungen: _
- Ambulant oder Stationär

11. Ihre Fragen:

- zur Operation oder zur gesamten Therapie
 - persönliche Bedürfnisse und Befürchtungen im Zusammenhang mit der Operation, mögliche damit verbundene Komplikationen samt deren Auswirkungen
-
-
-

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Aufklärungsgespräch

Dolmetscher/in:

Vorgeschlagene Operation:

Datum:

Zeitpunkt:

Dauer des Aufklärungsgesprächs:

Behandlungsauftrag

Frau/Herr Dr. _ hat mich über den Eingriff aufgeklärt.

- Ich habe diese Erläuterungen verstanden und konnte die mich interessierenden Fragen stellen.
- Ich bin mit dem geplanten Eingriff einverstanden, ebenso mit den besprochenen Änderungen und Erweiterungen, die sich während der Operation als erforderlich erweisen.
- Ich erfahre nach der Operation wer, resp. welches Team mich operiert hat.
- Ich habe eine Kopie dieses Aufklärungsprotokolls samt Einwilligungsförmular erhalten.

Ort, Datum:

Patientin:

Ort, Datum, Zeit:

Ärztin/Arzt:
