

ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNG und PATIENTENEINWILLIGUNG zum ANÄSTHESIEVERFAHREN

Operation:

----- am: -----

Anästhesistin / Anästhesist (Blockschrift)

Patientin / Patient

(Blockschrift, Klebeetikette)

Einwilligungsfähigkeit gegeben: ☐ JA

☐ NEIN, weil: -----

Die zur Einwilligung befugte Vertretung aufgeklärt:

Name (Blockschrift): ----- als -----

Basisinformation zum Aufklärungsgespräch durch: ☐ Aufklärungsfilm ☐ Aufklärungsbogen

Vorgesehenes Anästhesieverfahren

Alternatives Anästhesieverfahren

Gesprächsnotizen:

Informationen über Verhaltensregeln vor und nach der Anästhesie

☐ Merkblatt „Verhaltensregeln“ erhalten ☐ Verhaltensregeln akzeptiert

Hiermit bestätige ich, dass ich über das geplante und alternative Anästhesieverfahren, den gewöhnlichen Verlauf und die Risiken in einem persönlichen Aufklärungsgespräch umfassend aufgeklärt wurde, dass dieser Aufklärungsbogen das Aufklärungsgespräch stichwortartig korrekt wiedergibt und ich den Inhalt der Aufklärung verstanden habe.

Man hat mir erklärt, dass bei noch so sorgfältiger Behandlung Komplikationen nicht immer vermieden werden können und keine Garantie für den Erfolg der Behandlung gegeben werden kann.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine weitere Aufklärung.

Ich treffe meine Entscheidung für die vorgeschlagenen anästhesiologischen Maßnahmen aus freiem Willen nach ausreichender Bedenkzeit

----- (Ort), den -----, um -----:----- Uhr

Patientin / Patient (Unterschrift):

Gesetzliche Vertretung (Unterschrift):

Anästhesistin / Anästhesist (Unterschrift):

Kontakt Daten für Rückfragen: