

ZUSTIMMUNG FÜR DEN OP-/CHIRURGISCHEN EINGRIFF

PATIENTENDATEN:

VOR- UND NACHNAME:.....

PESEL

[Personenkennzahl]:.....

.....

Ich, der Unterzeichnete, erkläre mich damit einverstanden und ermächtige:

.....

(Vor- und Nachname des behandelnden Arztes)

bei ***mir/meinem Schützling** den operativen Eingriff vorzunehmen:

.....

.....

(Name des Eingriffs)

1. Ich bin damit einverstanden, dass biologisches Material gesammelt wird, das für die Durchführung von Forschungen im Zusammenhang mit meiner Behandlung, für die Durchführung dieser Untersuchungen, für die Verabreichung von Medikamenten und medizinischem Material für den Behandlungsprozess, für die Rehabilitation nach dem Eingriff auf der Krankenstation und für die erforderliche und standardisierte Behandlung erforderlich ist, bei dieser Art von Behandlungen, Pflege und Verbandsmaßnahmen.
2. Ich wurde über die Art des vorgeschlagenen chirurgischen Eingriffs, über alternative Vorgehensweisen und über das Risiko der vorgeschlagenen chirurgischen Behandlung und mögliche Komplikationen informiert. Diese Informationen wurden mir klar und verständlich präsentiert, weshalb ich diese Einwilligung wissentlich unterschreibe.
3. Ich bin damit einverstanden, dass die Operation nach den Grundsätzen des medizinischen Wissens in dem erforderlichen Umfang geändert werden kann, wenn dies in Bezug auf zuvor unbekannte und unvorhergesehene Situationen erforderlich ist, die der oben genannte Arzt während der Operation für notwendig erachtet oder die angewiesen sind.
4. Ich bin mit der Betäubung bzw. Narkose einverstanden, die der behandelnde Arzt, Anästhesist oder eine andere unter ärztlicher Aufsicht handelnde Person für notwendig oder angewiesen hält.
5. Ich bin mit der Entsorgung (gemäß den Vorschriften für den Umgang mit medizinischen Abfällen) oder der histopathologischen Untersuchung von Geweben oder Körperteilen einverstanden, die während des Eingriffs entfernt wurden.
6. Ich erkläre, dass ich ausführliche und zutreffende Informationen über meinen Gesundheitszustand angegeben habe - gemäß den Aufzeichnungen in der Krankheitsgeschichte. Vor Beginn des Eingriffs gab ich vollständige und zutreffende Antworten auf die Fragen, die mir

der Arzt während des medizinischen Interviews stellte, in Bezug auf: meinen allgemeinen Gesundheitszustand, alle Arten von Allergien und Allergien, laufende Therapie bei chronischen Krankheiten, Vorhandensein/Fehlen einer Schwangerschaft, eingenommene Medikamente, Behandlungen, Verletzungen in der Vergangenheit. Ich weiß, dass das Verschweigen einer der oben genannten Informationen zu einem zusätzlichen oder erhöhten Operationsrisiko führen kann und als mein Beitrag zu einem möglichen Schaden (unter anderem in Form einer Gesundheitsstörung, einer Verletzung oder eines negativen Behandlungseffekts) behandelt wird, für den der Arzt keine Verantwortung zu tragen hat. Ich verpflichte mich, den behandelnden Arzt über gesundheitliche Veränderungen zu informieren. Ich bin damit mit der Durchführung diagnostischer Untersuchungen sowie der Erstellung radiologischer und fotografischer Dokumentationen einverstanden.

7. Ich verpflichte mich zur strikten Einhaltung aller medizinischen Empfehlungen in Bezug auf die Operation selbst und den gesamten in dieser Erklärung enthaltenen Behandlungsprozess. Mir ist bewusst, dass die strikte Einhaltung dieser Anweisungen einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf und das Endergebnis der Behandlung hat.
8. Ich verstehe und nehme zur Kenntnis, dass ich für die Einhaltung der Anweisungen und Empfehlungen des behandelnden Arztes während meiner Behandlung verantwortlich bin.
9. Ich verstehe, dass keine Garantie gegeben werden kann und es keine Gewissheit gibt, welche Ergebnisse aufgrund der vorgeschlagenen chirurgischen Behandlung erzielt werden. **Der Arzt informierte mich auch, dass die Auswirkungen der Behandlung nicht für jeden Patienten identisch sind. Ich habe umfassende Informationen zu den erzielbaren therapeutischen Wirkungen in meinem Fall erhalten.**
10. Ich erkläre, dass ich die Gelegenheit hatte, Fragen zum Verfahren und zum gesamten Behandlungsprozess zu stellen, dass ich umfassende und verständliche Erklärungen zur Behandlung erhalten habe und umfassende Antworten auf alle Fragen erhalten habe, und bitte um die Durchführung der vorgeschlagenen Operation.
11. ***Ich willige ein/willige nicht ein** bei Bedarf auch eine Bluttransfusion bzw. eine Transfusion von Blutpräparaten vorzunehmen. In der Situation, in der ich mich in einem Zustand der Bewusstseinsbeschränkung befinde, der eine bewusste Entscheidungsfindung verhindert, erkläre ich mich damit einverstanden, weitere Verfahren an mir durchzuführen, die der behandelnde Arzt für die weitere Behandlung für notwendig erachtet.
12. Ich erkläre, dass ***ich/mein Schütling** dem erforderlichen Impfzyklus gegen Hepatitis unterzogen wurde und bin mir im Falle fehlender Impfungen des Risikos einer Hepatitisinfektion bewusst.
13. Ich erkläre mich damit einverstanden, mich gemäß der Entscheidung des behandelnden Arztes oder Anästhesisten in die entsprechende stationäre Abteilung verlegen zu lassen, wenn mein Gesundheitszustand dies erfordern würde.
14. Ich bestätige, dass ich umfassende Antworten auf alle Fragen erhalten habe und bitte um die Durchführung des vorgeschlagenen Verfahrens.
15. Ich habe umfassende Informationen zu den Behandlungskosten erhalten, auch unter Berücksichtigung der verschiedenen Behandlungsmethoden und der Notwendigkeit einer weiteren Behandlung im Falle möglicher Komplikationen oder Probleme. Ich akzeptiere diese

- Kosten in vollem Umfang. Ich weiß, dass ich meine Einwilligung zur Behandlung jederzeit nach eigenem Ermessen widerrufen kann.
16. Ich erkläre, über die Rechte des Patienten informiert worden zu sein, insbesondere über die, die sich aus dem Gesetz über den Schutz der Patientenrechte und dem Bürgerbeauftragten für Patientenrechte ergeben.
 17. ***Ich erkläre mich einverstanden/nicht einverstanden** für die kostenlose und unbefristete Führung einer fotografischen Dokumentation zu medizinischen Zwecken sowie zur eventuellen Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken (z. B. Veröffentlichungen in der Literatur sowie wissenschaftlichen Onlineportalen) ohne Offenlegung meines vollständigen Bilds sowie meiner personenbezogenen Daten.
 18. Ich erkläre, dass mir die Organisatorischen Geschäftsbedingungen des Neo Hospital zur Einsicht vorgelegt wurden und verpflichtete mich zu deren Einhaltung während der gesamten Dauer der Behandlung im Neo Hospital.
19. **Detaillierte Informationen zum Eingriff:**
1. Allgemeine Beschreibung des Eingriffs - ergänzt der Arzt:

2. Komplikationen während des Eingriffs - ergänzt der Arzt:

3. Komplikationen nach dem Eingriff - ergänzt der Arzt:

4. Empfehlungen nach dem Eingriff - ergänzt der Arzt:

5. Alternative Behandlungsmethoden - ergänzt der Arzt:

Ich habe die oben genannten Informationen gelesen, und hatte die volle Gelegenheit, Fragen über den Eingriff und den gesamten Behandlungsprozess zu stellen, ich habe auch alle, umfassende und verständliche Erläuterungen der Behandlung erhalten. Ich wurde über alternative Behandlungsmöglichkeiten informiert, einschließlich der Möglichkeit, die Behandlung abzubrechen. Ich wurde über das Risiko anderer Behandlungsmethoden und die Folgen einer Unterlassung der Behandlung informiert. Ich verstehe, dass wie bei allen allgemeinen medizinischen Eingriffen die positiven Auswirkungen der Behandlung nicht garantiert sind. Darüber hinaus wird der Eingriff ausgeführt, um ein bestimmtes Problem zu entfernen und andere verborgene Probleme möglicherweise nicht zu beseitigen.

**BITTE NUR UNTERSCHREIBEN, WENN SIE DEN VOLLSTÄNDIGEN INHALT DES
FORMULARS VERSTEHEN**

<hr/> <i>Datum und leserliche Unterschrift des Patienten</i>	<hr/> <i>Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes</i>
--	---

** Handelt es sich bei dem Patienten um einen minderjährigen, nicht einwilligungsfähigen oder entmündigten Menschen, ist die Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters oder - in Abwesenheit eines gesetzlichen Vertreters - die Zustimmung des tatsächlichen Vormunds erforderlich. Wenn der Minderjährige jünger als 16 Jahre ist, sowie im Fall von entmündigten Patienten, die imstande sind, eine Stellungnahme zur Untersuchung und Behandlung abzugeben, ist auch seine Zustimmung erforderlich (diese Personen können auch der vorgeschlagenen Behandlung widersprechen) - Art. 17 des Gesetzes vom 6. November 2008 über Patientenrechte und den Bürgerrechtssprecher für Patientenrechte (einheitlicher Text: GBl. von 2017, Pos. 1318).*

Angaben zum gesetzlichen Vertreter / tatsächlichen Vormund (Name, Vorname, Nummer und Serie des Ausweises).

<hr/> <i>Datum und leserliche Unterschrift des gesetzlichen Vertreters / tatsächlichen Vormunds</i>	<hr/> <i>Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes</i>
---	---

****Unzutreffendes streichen***