

# operativer Eingriff

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

Frau/Herr.....geb. am.....  
dass ich mit folgende ärztlichen /operativen Eingriff

in örtlicher Betäubung

bei mir einverstanden bin.

bei meinem / unseren Kind ..... geb. am .....  
einverstanden bin.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei jeder Operation folgendes auftreten kann:

- Unverträglichkeit des Betäubungsmittels
- Eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit (insbes. auch das Führen von Fahrzeugen, einschließlich Kraftfahrzeugen)
- meist vorübergehende Empfindungsstörungen im Operationsgebiet
- Nachblutung
- Wundentzündungen/Wundheilungsstörungen
- unschöne Narbenbildung/unschöne kosmetisches Ergebnis
- überschießende Narbenbildung (Keloid)

Durch meiner Ärztlich Frau Dr. J. Eicholtz, wurde ich mündlich über folgende Tatbestände informiert:

- Art der Erkrankung
- Zwecks und Hergang des Eingriffes
- seine wesentlichen Vor- und Nachteile, auch in Vergleich zu anderen Methoden der Behandlung und im Vergleich zum unterlassen des Eingriffes
- das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff

Auf folgende, speziell bei diesem Eingriff mögliche Komplikationen wurde ich hingewiesen:

Ich hatte Gelegenheit, ergänzende Fragen zu stellen.

Die Fragen wurden mir ausreichend und verständlich beantwortet.

- |                                      |                            |                          |                  |
|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|
| 1. Leiden Sie an Allergien?          | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | wenn ja, welche? |
| 2. Nehmen Sie Medikamente?           | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja | wenn ja, welche? |
| 3. Tragen Sie ein Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |                  |

Für Frauen:  eine Schwangerschaft liegt nicht vor  
 eine Schwangerschaft liegt vor

Einverständniserklärung:

Ich habe die vorstehende Information verstanden und bin mit der Durchführung der Hautentnahme einverstanden.

Berlin, den .....  
Unterschrift der Ärztin .....  
Unterschrift des Patienten .....