

Sicherheitsfragen

Überweisende(r) - betreuende(r) Ärztin/Arzt

Praxis/Klinik/Dr.
Straße: Nr.
PLZ Ort
Tel.: Vorwahl Nr.

Ich wünsche die Anwesenheit des Vaters/der Bezugsperson

Name Vorname

Mir ist bewusst, dass der Vater/die Bezugsperson auf Anordnung der behandelnden Ärzte den Operationssaal verlassen muss.

Unterschrift der Mutter

Erklärung des Vaters/der Bezugsperson

- Ich möchte bei der Entbindung durch Kaiserschnitt anwesend sein. Ich bin darüber informiert und erkenne an, daß die behandelnden Ärzte primär ihre ärztliche Aufgabe gegenüber Mutter und Kind zu erfüllen haben und mir deshalb nur bedingt ärztliche Hilfe leisten können.
- Für Schäden, die ich als Teilnehmer der Geburt erleiden sollte, verzichte ich auf Haftungsansprüche gegenüber dem Krankenhaus und den an der Behandlung beteiligten Ärzten.
- Ich versichere, daß ich den Operationssaal auf ärztliche Anordnung unverzüglich verlassen werde.

Datum Unterschrift d. Vaters/der Bezugsperson

Bei Ablehnung einer Schnittentbindung

Nach dem Aufklärungsgespräch und intensiver Beratung lehnte die Patientin die vorgeschlagene Schnittentbindung ab. Über die möglichen Risiken und Konsequenzen der Ablehnung für sie selbst und ihr Kind wurde die Patientin aufgeklärt, insbesondere über ihre eigene Gefährdung und die Gefährdung ihres Kind (z.B. schwerste Geburtschäden, dauernde Pflegebedürftigkeit, Sterblichkeitsrisiko)

Als Gründe für die Ablehnung gab die Patientin an:

Datum Unterschrift der Patientin
Unterschrift der Ärztin/des Arztes.

Dieser perimed Patientenaufklärungsbogen hat die Nr.:



Vorgesehene Maßnahmen

- Sectio Caesarea (Schnittentbindung)
Sonstige Maßnahmen
Rückenmarksnahe Betäubung mit
lumbaler kaudaler/sakraler
Periduralanästhesie Spinalanästhesie
Narkose mit
Gesichtsmaske Larynxmaske Intubation

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch

Hier trägt Ihre Ärztin/Ihr Arzt alle wesentlichen zusätzlichen Informationen ein, die sie/er Ihnen zum individuellen Fall mitgeteilt und mit Ihnen besprochen hat:

Empty lines for notes.

Einwilligungserklärung (nach dem Gespräch)

- Nach dem Lesen dieses perimed Patientenaufklärungsbogens und nach dem Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt
Frau/Herrn Dr. med.
fühle ich mich voll informiert und aufgeklärt. Meine Fragen, insbesondere über die Schnittentbindung, ihre Vor- und Nachteile und die Alternativen wurden ausreichend und verständlich beantwortet und mögliche Komplikationen besprochen.
Ich willige nach reiflicher Überlegung und ausreichender Bedenkzeit in die Schnittentbindung ein. Ich willige auch in notwendige Änderungen oder Erweiterungen der Schnittentbindung ein, wenn diese während des Eingriffs notwendig werden (z.B. Bauchoperation).
Ich willige auch in ggf. notwendig werdende Blutübertragungen oder Übertragung von Blutbestandteilen ein.

Datum Uhrzeit
Unterschrift der Patientin