

Sicherheitsfragen (bei ambulanter Durchführung)

Erreichbarkeit nach der Entlassung:

Name, Vorname der Patientin/des Patienten

Telefon Vorwahl Nr.

Handy Vorwahl Nr.:

Transport nach Hause (zum Aufenthaltsort)

mit öffentl. Verkehrsmittel mit einem Taxi
 mit einem Krankenwagen mit einem Privatwagen
 mit (sonstiges Verkehrsmittel):

Name der Begleitperson (Fahrer(in)):

Art der Beziehung (Mutter, Vater, Ehefrau, Ehemann, Freund etc.):

Die persönliche Betreuung zu Hause erfolgt durch:

Die ärztliche Betreuung zu Hause erfolgt durch:

Praxis/Klinik/Dr

Straße: Nr. Ort

Tel.: Vorwahl Nr:

Kann der oben genannte Aufenthaltsort von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt innerhalb von 30 Minuten erreicht werden? Ja Nein

Steht im Notfall ein Fahrer mit Auto /Taxi für den schnellen Transport zum Arzt/Krankenhaus zur Verfügung? Ja Nein

Bei Ablehnung einer Shunt-Operation

- Die Patientin/der Patient erbat eine Beratung.
- Nach dem Aufklärungsgespräch und individueller Beratung der Patientin/des Patienten wurde die Shunt-Operation abgelehnt. Über mögliche Folgen der Ablehnung wurde aufgeklärt. Als Gründe für die Ablehnung hat die Patientin/der Patient an:

Datum: Uhrzeit.

Unterschrift des Patienten/der Patientin

Unterschrift der Ärztin/des Arztes ggf. Unterschrift eines Zeugen

Dieser perimed Patientenaufklärungsbogen hat die Nr.:



02.06.09

Vorgesehene Maßnahmen

Shunt-Operation links rechts

Vorgesehenes Operationsgebiet:

Sonstige Maßnahmen

Lokale Betäubung Regionale Betäubung Vollnarkose

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:

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 vorgesehene Shunt-Operation, ihre Vor- und Nachteile und die Alternativen wurden ausreichend und verständlich beantwortet und mögliche Komplikationen besprochen.

Ich willige nach reiflicher Überlegung in die vorgesehene Shunt-Operation ein.

Ich willige auch in notwendige Änderungen oder Erweiterungen der Behandlung ein, wenn dies während des Eingriffs notwendig oder geraten erscheint. Mit Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich nach ambulanter Ausführung der Shunt-Operation für mindestens 24 Stunden nicht selbst ein Fahrzeug führen darf!

Datum: Uhrzeit.

Unterschrift der Patientin/des Patienten Unterschrift der Ärztin/des Arztes