

Name des Patienten; Patientenetikette:

medalp[®]

zentrum für ambulante Chirurgie – Imst

Dokumentsprache: **D** _E _F _I _NL _RUSS _POL

RISIKOAUFKLÄRUNG ZUR OPERATION

Vor Erteilung Ihrer Genehmigung zu dem geplanten operativen/diagnostischen Eingriff werden Sie darauf hingewiesen, dass ein Heilerfolg nicht mit absoluter Sicherheit vorausgesagt werden kann und dass es allgemeine und eingriffsspezifische Risiken gibt. Es können daher, wenn auch in seltenen Fällen, insbesondere folgende Komplikationen auftreten:

Thrombosen/Embolien, Nerven/Gefäßschädigungen, Metallockerungen/ Metallbrüche/
Nahtlockerungen Wundheilungsstörung, Knochen/Gelenksentzündungen, Verwachsungen,
Leberentzündung, Bewegungseinschränkungen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR OPERATION

Ich wurde in einem eingehenden Gespräch über die Art der Erkrankung/Verletzung und die zu erwartenden Folgen der bei mir vorgesehenen ärztlichen Maßnahmen unterrichtet. Über Umfang, Durchführung und Zweck des beabsichtigten Eingriffes, sowie über die Vor- und Nachteile, auch im Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden und typischen Gefahren wurde ich informiert. Auf mögliche körperliche, seelische oder berufliche Folgen in der Zeit nach dem Eingriff wurde ich hingewiesen.

Meine Fragen wurden beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich mich mit weiteren Fragen an die behandelnden Ärzte wenden kann und ich berechtigt bin, meine Einwilligung zu widerrufen. Über das Verhalten vor und nach dem geplanten Eingriff wurde ich belehrt. Auf eine weitergehende Aufklärung habe ich verzichtet.

Ich versichere, dass ich in der Krankengeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe.

Ich wurde über die zu erwartenden Operationskosten aufgeklärt. Im Falle, dass meine Kranken- oder Unfallversicherung keine volle Kostenübernahme leistet, werde ich für den Differenzbetrag aufkommen.

Ich habe zum medizinischen Aufklärungsgespräch, auch über alternative Behandlungsmethoden, über Verfahrenstypische Risiken, sowie zur Honorierung des operativen Eingriffes keine weiteren Fragen.

Die Vertragspartner vereinbaren für allfällige Streitigkeiten aus diesem Behandlungsvertrag sowie aus der Abrechnung bzw. Honorarnote die ausschließliche Zuständigkeit des für 6460 Imst sachlich zuständigen Gerichtes sowie die Anwendung von österreichischem Recht.

Ich/wir bin/sind mit dem geplanten diagnostischen Eingriff bei meinem/unserem Kind einverstanden, auch dann, wenn sich unter Umständen während der Operation eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Heilmaßnahmen als notwendig erweisen sollte.

Unterschrift des Arztes:

Unterschrift Patient/in:

Datum: _____

Datum: _____