

Фамилия/имя пациента; этикетка пациента:

medalp[®]

Центр амбулаторной хирургии – Имст

Dokumentsprache:

D_E_F_I_NL_RUSS_POL

РАЗЪЯСНЕНИЕ РИСКОВ ОПЕРАЦИИ

До получения Вашего разрешения на запланированное оперативное/ диагностическое вмешательство Вам указывается на то, что успех лечения не может быть предсказан с полной уверенностью и что существуют общие и специфические для данного вмешательства риски. Таким образом, могут возникнуть, хоть и в редких случаях, в частности следующие осложнения:

Тромбозы/эмболии – повреждения нервов/сосудов – ослабления/поломки металла – нарушения заживления ран – воспаления костей/суставов – воспаление печени – ограничения движений

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ОПЕРАЦИЮ

Меня в ходе подробной беседы информировали о роде заболевания/ повреждения и о возможных последствиях предусмотренных для меня врачебных мер. Меня информировали об объёме, проведении и цели предусмотренного вмешательства, а также о преимуществах и недостатках, в том числе в сравнении с другими методами лечения, и о типичных опасностях. Мне указали на возможные физические, психические или профессиональные последствия в послеоперационное время.

Я получил/а ответы на мои вопросы. Мне известно, что я с дальнейшими вопросами могу обращаться к лечащим врачам и что я имею право отменить моё согласие.

Меня уведомили о поведении перед и после запланированного вмешательства. От дальнейшего разъяснения я отказался/лась.

Я/мы согласен/сна/сны с запланированным диагностическим вмешательством у моего/нашего ребёнка, даже в том случае, если во время операции в соответствии с обстоятельствами окажется необходимым расширение или изменение запланированных лечебных мер.

Я заверяю, что указал/а в истории болезни все известные мне заболевания и жалобы.

Мне была предоставлена информация о предположительной стоимости операции. В том случае, если мое страхование на случай болезни или при несчастных случаях не примет все расходы на себя, разница в стоимости будет оплачен мною.

У меня не осталось никаких неотвеченных вопросов, связанных с медико-информационной беседой, включая альтернативные методы лечения, типичные для данных процедур виды риска, а также оплату операционного вмешательства.

Договаривающиеся стороны договариваются о том, что в случае возможных споров по данному договору, а также по поводу расчета или соотв. гонорара судебное разбирательство будет проводиться согласно австрийскому законодательству и дело будет подсудно по родовому признаку исключительно суду в 6460 Имст.

Подпись врача:

Подпись пациента/тки:

Дата: _____

Дата: _____