

Einverständniserklärung zur Operation

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich erkläre hiermit, von Dr. B. Junge-Hülsing, Dr. S. von Bredow, Dr. R. Fintelmann, W. Gritze über die bei mir/meinem Kind vorgesehenen Eingriffe und seine möglichen Folgen umfassend aufgeklärt worden zu sein:

- Narkosezwischenfall, Zahnschäden, Nachblutung, Schmerzen, Störung der Wundheilung, Bluterguss, Schwellung, Entzündung, Narbenbildung, Unverträglichkeit von Medikamenten.
- Möglichkeit des Wiederauftretens der Erkrankung, Möglichkeiten von weiteren Operationen.
- Erhöhtes Risiko bei Nachoperationen.
- Näseln, Stimmveränderungen, Belüftungsstörung des Mittelohres, Seitenstrangangina, Schluck- und Schmeckstörung.
- Entzündung der Augenhöhlen, Doppelbilder, Sehstörung, Erblindung eines Auges, Nervenschmerzen, Taubheitsgefühl des Gesichtes und der Zähne, Störung des Tränenabflusses, Hirnhautentzündung, Hirnwasser-(Liquor-)Fistel, Riechstörung.
- Formveränderung der Nase, Loch (Perforation) der Nasenscheidewand, Haut- und Gefühlsveränderungen, Riechstörung, Trockenheit in der Nase, Störung des Tränenabflusses.
- Bleibender Trommelfelldefekt, Ohrenlaufen, Hörverschlechterung bis zur Ertaubung, Schwindel, Ohrgeräusche, Schmeckstörung, Gesichtsnervenlähmung, Ohrmuschelentzündung.
- Wenn zur Durchführung oder Verbesserung der Operation die Verwendung eines Lasers oder anderer technischer Hilfsmittel _____ notwendig sein sollte, stimme ich deren Anwendung zu.
- Bleibende Heiserkeit, Luftnot, Weichteilverletzung, Schluck- und Schmeckstörung, Gefühlsstörung der Zunge, Verwachsungen, Entzündung des Brustraumes, Verletzung von Luft- und Speiseröhre, ggf. Luftröhrenschnitt.
- Lähmung des Mundwinkels, Geschmacks- und Bewegungsstörung der Zunge, Gefühlsstörung der Zunge, Speichelfistel, Gesichtsnervenlähmung, Kau-Schwitzen.
- Beschwerden der Kopf- und Armbewegung, Narbenschmerzen, Armheberlähmung, Lähmung von Halsnerven, Fistelbildung, Verlust der Stimme, Halbseitenlähmung, ggf. Luftröhrenschnitt, Möglichkeit von Bluttransfusionen.
- Ich habe keine weiteren Fragen zu der Operation.

Mit der vorgesehenen Behandlung bin ich einverstanden.

Ebenso stimme ich ausdrücklich einer Einengung oder Erweiterung der Eingriffe aus medizinischen Gründen zu, worüber während der Operation entschieden werden soll.

Einverständniserklärung zur Operation

Es wurde darauf hingewiesen, dass eine Gewähr für den gewünschten Erfolg vom Arzt und seinen Erfüllungsgehilfen nicht übernommen wird und dass trotz eines fehlerfreien Vorgehens sogar eine Verschlechterung des bestehenden Zustandes eintreten kann. Dieses gilt insbesondere für gehörverbessernde, plastisch-chirurgische und kosmetische Eingriffe, über deren Risiken besonders eingehend aufgeklärt wurde.

Die einzelnen Risiken meiner Operation wurden vom Arzt gesondert hervorgehoben und entsprechend markiert und notiert.

Bemerkungen:

Die mündliche und schriftlich erfolgte Aufklärung in deutscher Sprache habe ich voll inhaltlich verstanden, wozu mir jede erwünschte Zeit gegeben wurde.

Starnberg, den _____

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters/ Ehegatten/ und des Dolmetschers

Starnberg, den _____

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Als aufgeklärt gilt, was angekreuzt und unterstrichen ist!