

OP-Einverständniserklärung

Diagnose und Lokalisation:

Name:

Vorname:

Geb. am:

Einverständniserklärung für (ggf. siehe auch Skizze umseitig)

- Operative (Teil-) Entfernung mit ggf. plastischer Deckung (Lappenplastik oder Hauttransplantat)
 - zunächst ohne Wundverschluß / mehrzeitig
 - mit primärem Wundverschluß / einzeitig

Betäubung:

- örtliche Betäubung Vollnarkose

Die unterzeichnende Ärztin / der unterzeichnende Arzt hat mich in einer mir verständlichen Form über Art und Bedeutung meiner Krankheit sowie die möglichen Behandlungsformen aufgeklärt. Mir wurden sowohl das Ziel der o. g. operativen Behandlung als auch mögliche Risiken und nachteilige Folgen – auch im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten – ausführlich erläutert.

Zu den Risiken können zählen: Blutung während oder nach der Operation, Wundheilungsstörungen (Bildung überschießender Narben oder Keloide, Infektionen), übermäßige oder mangelnde Färbung der Haut (Pigmentverschiebungen), Verletzung von Hautnerven und daraus folgendes Taubheitsgefühl, teilweises oder komplettes Absterben (Nekrose) von Hautlappen oder Transplantaten, Schrumpfen von Narben oder Transplantaten, Ausbildung von Wundsekretergüssen (Serom, Lymphozele), Verletzung motorischer Nerven mit Beeinträchtigung der Muskelfunktion (Lähmung) sowie Gefäßverletzungen, Betäubungsmittelunverträglichkeit, Unverträglichkeit des zur Markierung von Lymphknoten eingespritzten Farbstoffes, Gelenk-/Sehnenverletzung mit Bewegungseinschränkung, Rezidivrisiko (Wiederauftreten).

Über mögliche alternative Behandlungsverfahren (z. B. Bestrahlung) wurde ich informiert.

Wenn Sie ambulant operiert werden und Ihnen ein örtliches Betäubungsmittel verabreicht wird, dürfen Sie nach dem Eingriff kein Fahrzeug bedienen, da dieses die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen kann. Bitte treffen Sie daher vorher Absprache mit Angehörigen oder Freunden bezüglich des Transportes oder informieren Sie uns vorher, falls Sie ein Taxi benötigen.

– Fortsetzung auf der Rückseite –

Wichtige Telefonnummern
Kliniksekretariat: (Vorwahl 07131 ...) 49 3501

Onkologische Sprechstunde:
Montag, Donnerstag & Freitag 10.00 - 12.00 Uhr
Dienstag 13.00 - 15.00 Uhr

Privatsprechstunde:
Dienstag 10.00 - 12.00 Uhr
Donnerstag 15.00 - 18.00 Uhr

Sitz der Gesellschaft: Heilbronn
Amtsgericht Stuttgart HRB 106124

Geschäftsführer:
Dr. Thomas Jendges

Aufsichtsratsvorsitzender:
Oberbürgermeister
Helmut Himmelsbach



Spezielle Risiken:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutverdünnung
(ASS, Marcumar, Plavix etc.) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Betäubungsmittelunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Metalle |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Hepatitis, HIV |
| | <input type="checkbox"/> Metformin |

Individuelle Anmerkungen:

Ich bin einverstanden, dass der vorgeschlagene Eingriff von den Ärzten der Hautklinik Heilbronn vorgenommen wird. **Ich bin mit Änderungen und Erweiterungen des Eingriffs einverstanden**, falls sich diese während der Operation als erforderlich erweisen.

Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich informiert. Ich hatte ausreichend Zeit, mir das Mitgeteilte in Ruhe zu überlegen und dann meine freiwillige Entscheidung zu treffen.

_____, den _____

Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Ärztin/Arzt
(zugleich Beglaubigung der Patientenunterschrift)

Wichtige Telefonnummern (Vorwahl 07131 ...)
Kliniksekretariat: 49 3501

Onkologische Sprechstunde: 49 3504
Montag, Donnerstag & Freitag 10.00 - 12.00 Uhr
Dienstag 13.00 - 15.00 Uhr

Privatsprechstunde: 49 3501
Dienstag 10.00 - 12.00 Uhr
Donnerstag 15.00 - 18.00 Uhr

Sitz der Gesellschaft: Heilbronn
Amtsgericht Stuttgart HRB 106124

Geschäftsführer:
Dr. Thomas Jendges

Aufsichtsratsvorsitzender:
Oberbürgermeister
Helmut Himmelsbach

