

Ihr Termin am:

um:



Ihre Hautärzte.
Dres. Eicholtz & Börner & Klähn
& Grotewohl

Fachärzte für Dermatologie und Venerologie
Zingster Str. 2 13051 Berlin
Tel. 030 - 96200771 Fax 030 – 96200772
www.hautarzt-in-berlin.de

Ärztlicher/Operativer Eingriff

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

Frau/Herr.....geb. am.....,

dass ich mit folgendem ärztlichen/operativen Eingriff

.....

in örtlicher Betäubung

bei mir

bei meinem Kind.....geb. am.....,

einverstanden bin.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei jeder Operation folgendes auftreten kann:

- Unverträglichkeit des Betäubungsmittels.
- Eingeschränkte Verkehrstüchtigkeit (insbesondere auf das Führen von Fahrzeugen).
- (meist) vorübergehende Empfindungsstörungen im Operationsgebiet.
- Nachblutung
- Wundentzündung/Wundheilungsstörung.
- Narbenbildung, insbesondere kosmetisch beeinträchtigende und überschießende Narbenbildung (Keloid).

Durch meine/n Arzt/Ärztin.....wurde ich mündlich über folgende Tatbestände aufgeklärt:

- Art der Erkrankung.
- Zweck und Verlauf des Eingriffs.
- Wesentliche Vor- und Nachteile des Eingriffes, im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden und im Vergleich zum Unterlassen des Eingriffs.
- Erforderliches Verhalten vor und nach dem Eingriff.
- Auf folgende, speziell bei diesem Eingriff mögliche Komplikation wurde ich hingewiesen:

.....

bitte wenden