

EINWILLIGUNG DES INFORMIERTEN PATIENTEN ZU EINER OFFENEN ANTI-REFLUX-CHIRURGIE

PATIENTENDATEN:

Vor- und Nachnamen des Patienten: Krankengeschichte Nr.:

Vor- und Nachnamen des Vertreters (ggf.):

INFORMATIONSWUNSCH

Ich möchte über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff informiert werden JA NEIN

Ich möchte, dass über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff folgende Person informiert wird:

.....

BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mit diesem Verfahren das Eindringen von Magensäure in die Speiseröhre unterbunden werden soll, und damit die Reizung der Speiseröhre. Die Operationstechnik besteht darin, eine komplette oder teilweise Umhüllung mit dem Magen um die Speiseröhre herum anzulegen, mit Verlegung unter das Zwerchfell. Sollte auch eine Hyatushernie bestehen, wird diese beim Eingriff korrigiert, wobei in manchen Fällen synthetisches Material (Netzgewebe) zu Hilfe genommen werden muss, um die Hernie abzudecken. Der Eingriff erfolgt je nach konkretem Fall über einen Einschnitt im Abdomen oder im Thorax.

Es ist möglich, dass während des chirurgischen Eingriffs Verfahrensänderungen, aufgrund der Befunde bei der Operation, erforderlich werden, um mich angemessener zu behandeln.

Das Verfahren erfordert eine Narkose, über die mich der Anästhesist ausführlicher informieren wird, und es ist möglich, dass bei oder nach der Operation eine Blut- bzw. Blutderivattransfusion erforderlich wird.

Teile des entnommenen Gewebes können zu wissenschaftlichen, in keinem Fall zu kommerziellen, Zwecken verwendet werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes.

Die Operation darf zu wissenschaftlichen oder didaktischen Zwecken gefilmt werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes

THERAPEUTISCHER ZWECK DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, Zweck dieses Verfahrens sei, die negativen Auswirkungen der Magensäure in der Speiseröhre zu vermeiden und Komplikationen wie Stenose und maligne Gewebsveränderungen zu verhüten.

ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, die Alternative zum Eingriff wäre eine Fortführung der gegenwärtigen medikamentösen Behandlung auf unbestimmte Dauer, in meinem Fall besteht jedoch die fachliche Auffassung, dass der Eingriff die wirksamste Behandlung darstellt.

ALLGEMEINE UND SPEZIFISCHE RISIKEN DES VERFAHRENS

Ich habe verstanden, dass trotz angemessener Indikation und korrekter Anwendung der Operationstechnik unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten können, sowohl allgemeine, die jedes Organ bzw. System betreffen können, als auch spezifische mit dem konkreten Verfahren verbundene, und zwar:

Harmlose und relativ häufige Risiken: Infektion, Nachblutungen der Operationswunde. Venenentzündung. Schwierigkeiten beim Aufstoßen, vorübergehende Schluckbeschwerden. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Innere Blutungen oder Infektionen. Perforation von Weichteilen. Stenose. Schwere Schluckbeschwerden. Wiederauftreten der gastroösophagealen Refluxerkrankung.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, es kann jedoch auch ein erneuter Eingriff, im Allgemeinen als Notfalleingriff, erforderlich sein. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE

.....

KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS

.....

MÖCHTEN SIE ZU DEM EINGRIFF EINE ERKLÄRUNG ABGEBEN?

.....

Erklärungen und Unterschriften

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

- ICH ERKLÄRE, dass ich rechtzeitig und zufriedenstellend durch den Arzt über den bei mir vorzunehmenden Eingriff (**OFFENE ANTI-REFLUX-CHIRURGIE**) sowie dessen Risiken und mögliche Komplikationen informiert worden bin.
- Dass ich die Risiken und möglichen bleibenden Folgen kenne und akzeptiere, die sich aus dem Eingriff an sich, der Lage der Operationswunde oder Komplikationen, trotz Einsatz sämtlicher zur Verfügung stehender Mittel durch die Ärzte, ergeben können.
- Dass ich vorliegendes Schriftstück gelesen habe. Ich bin mit der erhaltenen Information zufrieden und habe alle Fragen, die ich zur Sache hatte, gestellt, alle meine Zweifel wurden geklärt.
- Ich wurde über die Möglichkeit unterrichtet, meine Operation im Rahmen eines Lehr- oder Forschungsprojekts zu verwenden, ohne dass mir daraus gesundheitliche Risiken entstehen.
- Ich weiß, dass ich die hiermit erteilte Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, indem ich diese Entscheidung dem Ärzteteam mitteile.

Unterschrift des informierenden Arztes
Dr.

Unterschrift des Patienten
Herr/Frau

Kammermitglied Nr.:
Datum:

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

als aufgrund von erteile meine Einwilligung zur Durchführung des vorgeschlagenen Eingriffs.

Unterschrift des Vertreters

Datum:

Widerruf der Einwilligung

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

HIERMIT WIDERRUFE ich aus eigenem Willen die vorstehend erteilte Einwilligung zur Durchführung dieses Eingriffs und übernehme die Verantwortung für die Folgen, die sich daraus für die Entwicklung meiner Krankheit / der Krankheit des Patienten ergeben.

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Vertreters

Datum:

EINWILLIGUNG DES INFORMIERTEN PATIENTEN ZU EINER LAPAROSKOPISCHEN ANTI-REFLUX-CHIRURGIE

PATIENTENDATEN:

Vor- und Nachnamen des Patienten: Krankengeschichte Nr.:
Vor- und Nachnamen des Vertreters (ggf.):

INFORMATIONSWUNSCH

Ich möchte über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff informiert werden JA NEIN

Ich möchte, dass über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff folgende Person informiert wird:

.....

BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mit diesem Verfahren das Eindringen von Magensäure in die Speiseröhre unterbunden werden soll, und damit die Reizung der Speiseröhre. Die Operationstechnik besteht darin, eine komplette oder teilweise Umhüllung mit dem Magen um die Speiseröhre herum anzulegen, mit Verlegung unter das Zwerchfell. Sollte auch eine Hyatushernie bestehen, wird diese beim Eingriff korrigiert, wobei in manchen Fällen synthetisches Material (Netzgewebe) zu Hilfe genommen werden muss, um die Hernie abzudecken.

Die Laparoskopie besteht darin, dass durch kleine Einschnitte in der Bauchdecke Trokare eingeführt werden, nach der Einbringung von Gas in den Bauchraum, wird dadurch Raum für die Operation geschaffen, die mit Spezialinstrumenten durchgeführt wird. Die angewandte chirurgische Technik unterscheidet sich nicht von der herkömmlichen. In manchen Fällen kann der Eingriff aufgrund technischer Schwierigkeiten oder Befunde bei der Operation nicht zu Ende geführt werden, dann wird zur offenen Chirurgie (Laparotomie) übergegangen.

Es ist möglich, dass während des chirurgischen Eingriffs Verfahrensänderungen, aufgrund der Befunde bei der Operation, erforderlich werden, um mich angemessener zu behandeln.

Das Verfahren erfordert eine Narkose, über die mich der Anästhesist ausführlicher informieren wird, und es ist möglich, dass bei oder nach der Operation eine Blut- bzw. Blutderivattransfusion erforderlich wird.

Teile des entnommenen Gewebes können zu wissenschaftlichen, in keinem Fall zu kommerziellen, Zwecken verwendet werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes.

Die Operation darf zu wissenschaftlichen oder didaktischen Zwecken gefilmt werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes

THERAPEUTISCHER ZWECK DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, Zweck dieses Verfahrens sei, die negativen Auswirkungen der Magensäure in der Speiseröhre zu vermeiden und Komplikationen wie Stenose und maligne Gewebsveränderungen zu verhüten.

Durch die Operation per Laparoskopie sollen größere Schnitte vermieden werden. Mit den kleineren Einschnitten wird das Risiko postoperativer Hernien verringert. Im Allgemeinen sind die Schmerzen nach der Operation geringer und die Wiederherstellung der normalen Darmtätigkeit sowie die postoperative Erholung erfolgen schneller und mit geringeren Beschwerden.

ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, die Alternative zum Eingriff wäre eine Fortführung der gegenwärtigen medikamentösen Behandlung auf unbestimmte Dauer, in meinem Fall besteht jedoch die fachliche Auffassung, dass der Eingriff die wirksamste Behandlung darstellt.

Das Verfahren kann per offener Chirurgie durchgeführt werden.

ALLGEMEINE UND SPEZIFISCHE RISIKEN DES VERFAHRENS

Ich habe verstanden, dass trotz angemessener Indikation und korrekter Anwendung der Operationstechnik unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten können, sowohl allgemeine, die jedes Organ bzw. System betreffen können, als auch spezifische mit dem konkreten Verfahren verbundene, und zwar:

Harmlose und relativ häufige Risiken: Infektion, Nachblutungen der Operationswunde. Venenentzündung. Schwierigkeiten beim Aufstoßen, vorübergehende Schluckbeschwerden. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs. Bedingt durch das Laparoskopiegas können Dehnungen des subkutanen Gewebes und anderer Bereiche sowie daraus resultierende Schmerzen, gewöhnlich im Schulterbereich, auftreten.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Innere Blutungen oder Infektionen. Perforation von Weichteilen. Stenose. Schwere Schluckbeschwerden. Wiederauftreten der gastroösophagealen Refluxerkrankung. Durch die Laparoskopie können Gefäßverletzungen, Verletzungen benachbarter Organe, Gasembolien und Pneumothorax entstehen.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, es kann jedoch auch ein erneuter Eingriff, im Allgemeinen als Notfalleingriff, erforderlich sein. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE

.....

KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS

.....

MÖCHTEN SIE ZU DEM EINGRIFF EINE ERKLÄRUNG ABGEBEN?

.....

Erklärungen und Unterschriften

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

- ICH ERKLÄRE, dass ich rechtzeitig und zufriedenstellend durch den Arzt über den bei mir vorzunehmenden Eingriff (**LAPAROSKOPISCHE ANTI-REFLUX-CHIRURGIE**) sowie dessen Risiken und mögliche Komplikationen informiert worden bin.
- Dass ich die Risiken und möglichen bleibenden Folgen kenne und akzeptiere, die sich aus dem Eingriff an sich, der Lage der Operationswunde oder Komplikationen, trotz Einsatz sämtlicher zur Verfügung stehender Mittel durch die Ärzte, ergeben können.
- Dass ich vorliegendes Schriftstück gelesen habe. Ich bin mit der erhaltenen Information zufrieden und habe alle Fragen, die ich zur Sache hatte, gestellt, alle meine Zweifel wurden geklärt.
- Ich wurde über die Möglichkeit unterrichtet, meine Operation im Rahmen eines Lehr- oder Forschungsprojekts zu verwenden, ohne dass mir daraus gesundheitliche Risiken entstehen.
- Ich weiß, dass ich die hiermit erteilte Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, indem ich diese Entscheidung dem Ärzteteam mitteile.

Unterschrift des informierenden Arztes
Dr.

Unterschrift des Patienten
Herr/Frau

Kammermitglied Nr.:
Datum:

Herr/Frau Ausweis-Nr.:
als aufgrund von erteile meine Einwilligung zur Durchführung des vorgeschlagenen Eingriffs.

Unterschrift des Vertreters

Datum:

Widerruf der Einwilligung

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

HIERMIT WIDERRUFE ich aus eigenem Willen die vorstehend erteilte Einwilligung zur Durchführung dieses Eingriffs und übernehme die Verantwortung für die Folgen, die sich daraus für die Entwicklung meiner Krankheit / der Krankheit des Patienten ergeben.

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Vertreters

Datum:

EINWILLIGUNG DES INFORMIERTEN PATIENTEN ZU EINER OFFENEN CHIRURGIE BEI MOTORISCHEN STÖRUNGEN DER SPEISERÖHRE

PATIENTENDATEN:

Vor- und Nachnamen des Patienten: Krankengeschichte Nr.:
Vor- und Nachnamen des Vertreters (ggf.):

INFORMATIONSWUNSCH

Ich möchte über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff informiert werden JA NEIN
Ich möchte, dass über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff folgende Person informiert wird:
.....

BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mit diesem Verfahren versucht werden soll, meine Krankheit zu heilen, die von Störungen der Kontraktionsbewegungen der Speiseröhre verursacht ist. Aufgrund der Störung entstehen Erweiterungen der gesamten oder Teilen der Speiseröhre, die manchmal zur Bildung von Divertikeln (beutelartige Ausstülpungen) an verschiedenen Stellen der Speiseröhre führen. Der chirurgische Eingriff erfolgt je nach konkreter Störung unterschiedlich, besteht jedoch im Abschneiden eines Teils der Muskelschicht der Speiseröhre, der lokalisierten Dehnung und, soweit erforderlich, der entstandenen Divertikel. Je nach betroffenem Bereich wird vom Hals, dem Thorax oder dem Bauch aus operiert.

Es ist möglich, dass während des chirurgischen Eingriffs Verfahrensänderungen, aufgrund der Befunde bei der Operation, erforderlich werden, um mich angemessener zu behandeln.

Das Verfahren erfordert eine Narkose, über die mich der Anästhesist ausführlicher informieren wird, und es ist möglich, dass bei oder nach der Operation eine Blut- bzw. Blutderivattransfusion erforderlich wird.

Teile des entnommenen Gewebes können zu wissenschaftlichen, in keinem Fall zu kommerziellen, Zwecken verwendet werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes.

Die Operation darf zu wissenschaftlichen oder didaktischen Zwecken gefilmt werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes

THERAPEUTISCHER ZWECK DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, Zweck dieses Verfahrens sei, die negativen Auswirkungen der Magensäure in der Speiseröhre zu vermeiden und Komplikationen wie Stenose und maligne Gewebsveränderungen zu verhüten.

ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, angesichts des Verlaufs meiner Krankheit bestehe keine wirksame Alternative zu dem Eingriff.

ALLGEMEINE UND SPEZIFISCHE RISIKEN DES VERFAHRENS

Ich habe verstanden, dass trotz angemessener Indikation und korrekter Anwendung der Operationstechnik unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten können, sowohl allgemeine, die jedes Organ bzw. System betreffen können, als auch spezifische mit dem konkreten Verfahren verbundene, und zwar:

Harmlose und relativ häufige Risiken: Infektion, Nachblutungen der Operationswunde. Akute Harnverhaltung. Venenentzündung. Vorübergehende Schluckbeschwerden. Brennen. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Fistelbildung durch unkorrekte Verheilung der Operationsnarbe. Störungen der Stimme (selten für immer). Verengung der Speiseröhre. Innere Blutungen oder Infektionen. Perforation von Weichteilen. Gastroösophagealen Refluxerkrankung und Wiederauftreten der Krankheit.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, es kann jedoch auch ein erneuter Eingriff, im Allgemeinen als Notfalleingriff, erforderlich sein. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE

.....

KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS

.....

MÖCHTEN SIE ZU DEM EINGRIFF EINE ERKLÄRUNG ABGEBEN?

.....

Erklärungen und Unterschriften

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

- ICH ERKLÄRE, dass ich rechtzeitig und zufriedenstellend durch den Arzt über den bei mir vorzunehmenden Eingriff (**OFFENE CHIRURGIE BEI MOTORISCHEN STÖRUNGEN DER SPEISERÖHRE**) sowie dessen Risiken und mögliche Komplikationen informiert worden bin.
- Dass ich die Risiken und möglichen bleibenden Folgen kenne und akzeptiere, die sich aus dem Eingriff an sich, der Lage der Operationswunde oder Komplikationen, trotz Einsatz sämtlicher zur Verfügung stehender Mittel durch die Ärzte, ergeben können.
- Dass ich vorliegendes Schriftstück gelesen habe. Ich bin mit der erhaltenen Information zufrieden und habe alle Fragen, die ich zur Sache hatte, gestellt, alle meine Zweifel wurden geklärt.
- Ich wurde über die Möglichkeit unterrichtet, meine Operation im Rahmen eines Lehr- oder Forschungsprojekts zu verwenden, ohne dass mir daraus gesundheitliche Risiken entstehen.
- Ich weiß, dass ich die hiermit erteilte Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, indem ich diese Entscheidung dem Ärzteteam mitteile.

Unterschrift des informierenden Arztes
Dr.

Unterschrift des Patienten
Herr/Frau

Kammermitglied Nr.:
Datum:

Herr/Frau Ausweis-Nr.:
als aufgrund von erteile meine Einwilligung zur Durchführung des vorgeschlagenen Eingriffs.

Unterschrift des Vertreters

Datum:

Widerruf der Einwilligung

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

HIERMIT WIDERRUFE ich aus eigenem Willen die vorstehend erteilte Einwilligung zur Durchführung dieses Eingriffs und übernehme die Verantwortung für die Folgen, die sich daraus für die Entwicklung meiner Krankheit / der Krankheit des Patienten ergeben.

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Vertreters

Datum:

EINWILLIGUNG DES INFORMIERTEN PATIENTEN ZU EINER LAPAROSKOPISCHEN CHIRURGIE BEI MOTORISCHEN STÖRUNGEN DER SPEISERÖHRE

PATIENTENDATEN:

Vor- und Nachnamen des Patienten: Krankengeschichte Nr.:
Vor- und Nachnamen des Vertreters (ggf.):

INFORMATIONSWUNSCH

Ich möchte über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff informiert werden JA NEIN
Ich möchte, dass über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff folgende Person informiert wird:
.....

BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mit diesem Verfahren versucht werden soll, meine Krankheit zu heilen, die von Störungen der Kontraktionsbewegungen der Speiseröhre verursacht ist. Aufgrund der Störung entstehen Erweiterungen der gesamten oder Teilen der Speiseröhre, die manchmal zur Bildung von Divertikeln (beutelartige Ausstülpungen) an verschiedenen Stellen der Speiseröhre führen. Der chirurgische Eingriff erfolgt je nach konkreter Störung unterschiedlich, besteht jedoch im Abschneiden eines Teils der Muskelschicht der Speiseröhre, der lokalisierten Dehnung und, soweit erforderlich, der entstandenen Divertikel. Je nach betroffenem Bereich wird vom Thorax oder dem Bauch aus operiert.

Die Laparoskopie besteht darin, dass durch kleine Einschnitte in der Bauchdecke Trokare eingeführt werden, nach der Einbringung von Gas in den Bauchraum, wird dadurch Raum für die Operation geschaffen, die mit Spezialinstrumenten durchgeführt wird. Die angewandte chirurgische Technik unterscheidet sich nicht von der herkömmlichen. In manchen Fällen kann der Eingriff aufgrund technischer Schwierigkeiten oder Befunde bei der Operation nicht zu Ende geführt werden, dann wird zur offenen Chirurgie (Laparotomie) übergegangen.

Es ist möglich, dass während des chirurgischen Eingriffs Verfahrensänderungen, aufgrund der Befunde bei der Operation, erforderlich werden, um mich angemessener zu behandeln.

Das Verfahren erfordert eine Narkose, über die mich der Anästhesist ausführlicher informieren wird, und es ist möglich, dass bei oder nach der Operation eine Blut- bzw. Blutderivattransfusion erforderlich wird.

Teile des entnommenen Gewebes können zu wissenschaftlichen, in keinem Fall zu kommerziellen, Zwecken verwendet werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes.

Die Operation darf zu wissenschaftlichen oder didaktischen Zwecken gefilmt werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes

THERAPEUTISCHER ZWECK DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, Zweck dieses Verfahrens sei, die negativen Auswirkungen der Magensäure in der Speiseröhre zu vermeiden und Komplikationen wie Stenose und maligne Gewebsveränderungen zu verhüten.

ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, die Alternative zum Eingriff wäre eine Fortführung der gegenwärtigen medikamentösen Behandlung auf unbestimmte Dauer, in meinem Fall besteht jedoch die fachliche Auffassung, dass der Eingriff die wirksamste Behandlung darstellt.

ALLGEMEINE UND SPEZIFISCHE RISIKEN DES VERFAHRENS

Ich habe verstanden, dass trotz angemessener Indikation und korrekter Anwendung der Operationstechnik unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten können, sowohl allgemeine, die jedes Organ bzw. System betreffen können, als auch spezifische mit dem konkreten Verfahren verbundene, und zwar:

Harmlose und relativ häufige Risiken: Infektion, Nachblutungen der Operationswunde. Venenentzündung. Schwierigkeiten beim Aufstoßen. Vorübergehende Schluckbeschwerden. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Innere Blutungen oder Infektionen. Perforation von Weichteilen. Stenose. Schwerwiegende Schluckbeschwerden. Wiederauftreten der gastroösophagealen Refluxerkrankung.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, es kann jedoch auch ein erneuter Eingriff, im Allgemeinen als Notfalleingriff, erforderlich sein. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE

.....

KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS

.....

MÖCHTEN SIE ZU DEM EINGRIFF EINE ERKLÄRUNG ABGEBEN?

.....

Erklärungen und Unterschriften

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

- ICH ERKLÄRE, dass ich rechtzeitig und zufriedenstellend durch den Arzt über den bei mir vorzunehmenden Eingriff **(LAPAROSKOPISCHE CHIRURGIE BEI MOTORISCHEN STÖRUNGEN DER SPEISERÖHRE)** sowie dessen Risiken und mögliche Komplikationen informiert worden bin.
- Dass ich die Risiken und möglichen bleibenden Folgen kenne und akzeptiere, die sich aus dem Eingriff an sich, der Lage der Operationswunde oder Komplikationen, trotz Einsatz sämtlicher zur Verfügung stehender Mittel durch die Ärzte, ergeben können.
- Dass ich vorliegendes Schriftstück gelesen habe. Ich bin mit der erhaltenen Information zufrieden und habe alle Fragen, die ich zur Sache hatte, gestellt, alle meine Zweifel wurden geklärt.
- Ich wurde über die Möglichkeit unterrichtet, meine Operation im Rahmen eines Lehr- oder Forschungsprojekts zu verwenden, ohne dass mir daraus gesundheitliche Risiken entstehen.
- Ich weiß, dass ich die hiermit erteilte Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, indem ich diese Entscheidung dem Ärzteteam mitteile.

Unterschrift des informierenden Arztes
Dr.

Unterschrift des Patienten
Herr/Frau

Kammermitglied Nr.:
Datum:

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

als aufgrund von erteile meine Einwilligung zur Durchführung des vorgeschlagenen Eingriffs.

Unterschrift des Vertreters

Datum:

Widerruf der Einwilligung

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

HIERMIT WIDERRUFE ich aus eigenem Willen die vorstehend erteilte Einwilligung zur Durchführung dieses Eingriffs und übernehme die Verantwortung für die Folgen, die sich daraus für die Entwicklung meiner Krankheit / der Krankheit des Patienten ergeben.

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Vertreters

Datum:

EINWILLIGUNG DES INFORMIERTEN PATIENTEN ZUR CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG EINER ULKUSKRANKHEIT

PATIENTENDATEN:

Vor- und Nachnamen des Patienten: Krankengeschichte Nr.:

Vor- und Nachnamen des Vertreters (ggf.):

INFORMATIONSWUNSCH

Ich möchte über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff informiert werden JA NEIN

Ich möchte, dass über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff folgende Person informiert wird:

.....

BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mit diesem Verfahren versucht werden soll, die Sekretion der Magensäure zu regulieren, die Ursache meiner Ulkuskrankheit ist. Daneben sollen auch die eventuell durch das Magengeschwür verursachten Komplikationen behandelt werden, wie verengter Magenausgang oder wiederholt auftretende Blutungen. Der Eingriff besteht, je nach Betroffenheit von Magen oder Zwölffingerdarm in der Sektion der Magennerven, allein oder in Verbindung mit einer Erweiterung des Magenausgangs, durch Sektion und Vernähung desselben. In manchen Fällen muss ein Teil des Magens entfernt werden.

Es ist möglich, dass während des chirurgischen Eingriffs Verfahrensänderungen, aufgrund der Befunde bei der Operation, erforderlich werden, um mich angemessener zu behandeln.

Das Verfahren erfordert eine Narkose, über die mich der Anästhesist ausführlicher informieren wird, und es ist möglich, dass bei oder nach der Operation eine Blut- bzw. Blutderivattransfusion erforderlich wird.

Teile des entnommenen Gewebes können zu wissenschaftlichen, in keinem Fall zu kommerziellen, Zwecken verwendet werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes.

Die Operation darf zu wissenschaftlichen oder didaktischen Zwecken gefilmt werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes

THERAPEUTISCHER ZWECK DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, Zweck dieses Verfahrens sei, die negativen Auswirkungen der Magensäure in der Speiseröhre zu vermeiden und Komplikationen wie Stenose und maligne Gewebsveränderungen zu verhüten.

ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, die Alternative zum Eingriff wäre eine Fortführung der gegenwärtigen medikamentösen Behandlung auf unbestimmte Dauer, in meinem Fall besteht jedoch die fachliche Auffassung, dass der Eingriff die wirksamste Behandlung darstellt.

ALLGEMEINE UND SPEZIFISCHE RISIKEN DES VERFAHRENS

Ich habe verstanden, dass trotz angemessener Indikation und korrekter Anwendung der Operationstechnik unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten können, sowohl allgemeine, die jedes Organ bzw. System betreffen können, als auch spezifische mit dem konkreten Verfahren verbundene, und zwar:

Harmlose und relativ häufige Risiken: Infektion, Nachblutungen der Operationswunde. Venenentzündung. Schwierigkeiten beim Aufstoßen. Vorübergehende Schluckbeschwerden. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Innere Blutungen oder Infektionen. Perforation von Weichteilen. Stenose. Schwere Schluckbeschwerden. Wiederauftreten der gastroösophagealen Refluxerkrankung.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, es kann jedoch auch ein erneuter Eingriff, im Allgemeinen als Notfalleingriff, erforderlich sein. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE

.....

KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS

.....

MÖCHTEN SIE ZU DEM EINGRIFF EINE ERKLÄRUNG ABGEBEN?

.....

Erklärungen und Unterschriften

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

- ICH ERKLÄRE, dass ich rechtzeitig und zufriedenstellend durch den Arzt über den bei mir vorzunehmenden Eingriff **(CHIRURGISCHE BEHANDLUNG EINER ULKUSKRANKHEIT)** sowie dessen Risiken und mögliche Komplikationen informiert worden bin.
- Dass ich die Risiken und möglichen bleibenden Folgen kenne und akzeptiere, die sich aus dem Eingriff an sich, der Lage der Operationswunde oder Komplikationen, trotz Einsatz sämtlicher zur Verfügung stehender Mittel durch die Ärzte, ergeben können.
- Dass ich vorliegendes Schriftstück gelesen habe. Ich bin mit der erhaltenen Information zufrieden und habe alle Fragen, die ich zur Sache hatte, gestellt, alle meine Zweifel wurden geklärt.
- Ich wurde über die Möglichkeit unterrichtet, meine Operation im Rahmen eines Lehr- oder Forschungsprojekts zu verwenden, ohne dass mir daraus gesundheitliche Risiken entstehen.
- Ich weiß, dass ich die hiermit erteilte Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, indem ich diese Entscheidung dem Ärzteteam mitteile.

Unterschrift des informierenden Arztes
Dr.

Unterschrift des Patienten
Herr/Frau

Kammermitglied Nr.:
Datum:

Herr/Frau Ausweis-Nr.:
als aufgrund von erteile meine Einwilligung zur Durchführung des vorgeschlagenen Eingriffs.

Unterschrift des Vertreters

Datum:

Widerruf der Einwilligung

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

HIERMIT WIDERRUFE ich aus eigenem Willen die vorstehend erteilte Einwilligung zur Durchführung dieses Eingriffs und übernehme die Verantwortung für die Folgen, die sich daraus für die Entwicklung meiner Krankheit / der Krankheit des Patienten ergeben.

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Vertreters

Datum:

EINWILLIGUNG DES INFORMIERTEN PATIENTEN ZU EINER OFFENEN MAGENCHIRURGIE

PATIENTENDATEN:

Vor- und Nachnamen des Patienten: Krankengeschichte Nr.:
Vor- und Nachnamen des Vertreters (ggf.):

INFORMATIONSWUNSCH

Ich möchte über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff informiert werden JA NEIN
Ich möchte, dass über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff folgende Person informiert wird:
.....

BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mir durch einen Einschnitt in der Bauchdecke ein Teil oder der ganze Magen entfernt werden soll, je nach Grad des Krankheitsbefalls. Danach wird das Verdauungsrohr rekonstruiert, durch Vernähen der Speiseröhre mit dem Restmagen bzw. einer Schlinge des Dünndarms. In manchen Fällen kann die Entfernung weiterer Bauchorgane, wie der Milz oder des Schwanzes der Bauchspeicheldrüse erforderlich werden.

Es ist möglich, dass während des chirurgischen Eingriffs Verfahrensänderungen, aufgrund der Befunde bei der Operation, erforderlich werden, um mich angemessener zu behandeln.

Das Verfahren erfordert eine Narkose, über die mich der Anästhesist ausführlicher informieren wird, und es ist möglich, dass bei oder nach der Operation eine Blut- bzw. Blutderivattransfusion erforderlich wird.

Teile des entnommenen Gewebes können zu wissenschaftlichen, in keinem Fall zu kommerziellen, Zwecken verwendet werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes.

Die Operation darf zu wissenschaftlichen oder didaktischen Zwecken gefilmt werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes

THERAPEUTISCHER ZWECK DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mir mit diesem Verfahren der kranke Teil des Magens entfernt werden soll, der die Symptome verursacht, auch um weitere Komplikationen zu vermeiden (Blutungen, Perforation, Obstruktion).

ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass es in meinem Fall zur Behandlung der Krankheit keine wirksame Alternative zu diesem Eingriff gibt.

ALLGEMEINE UND SPEZIFISCHE RISIKEN DES VERFAHRENS

Ich habe verstanden, dass trotz angemessener Indikation und korrekter Anwendung der Operationstechnik unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten können, sowohl allgemeine, die jedes Organ bzw. System betreffen können, als auch spezifische mit dem konkreten Verfahren verbundene, und zwar:

Harmlose und relativ häufige Risiken: Infektion, Nachblutungen der Operationswunde. Venenentzündung. Verzögerung bei der Wiederherstellung der Darmmotilität. Erbrechen. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Fistelbildung oder Stenose durch unkorrekte Verheilung der Operationsnarbe. Störungen des Ernährungszustands, die gewöhnlich durch Nahrungszusätze korrigiert werden können. Innere Blutungen oder Infektionen. Wiederauftreten der Krankheit.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, es kann jedoch auch ein erneuter Eingriff, im Allgemeinen als Notfalleingriff, erforderlich sein. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE

.....

KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS

Mit diesem Eingriff wird ein Teil oder der ganze Magen entfernt.

MÖCHTEN SIE ZU DEM EINGRIFF EINE ERKLÄRUNG ABGEBEN?

.....

Erklärungen und Unterschriften

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

- ICH ERKLÄRE, dass ich rechtzeitig und zufriedenstellend durch den Arzt über den bei mir vorzunehmenden Eingriff (**OFFENE MAGENCHIRURGIE**) sowie dessen Risiken und mögliche Komplikationen informiert worden bin.
- Dass ich die Risiken und möglichen bleibenden Folgen kenne und akzeptiere, die sich aus dem Eingriff an sich, der Lage der Operationswunde oder Komplikationen, trotz Einsatz sämtlicher zur Verfügung stehender Mittel durch die Ärzte, ergeben können.
- Dass ich vorliegendes Schriftstück gelesen habe. Ich bin mit der erhaltenen Information zufrieden und habe alle Fragen, die ich zur Sache hatte, gestellt, alle meine Zweifel wurden geklärt.
- Ich wurde über die Möglichkeit unterrichtet, meine Operation im Rahmen eines Lehr- oder Forschungsprojekts zu verwenden, ohne dass mir daraus gesundheitliche Risiken entstehen.
- Ich weiß, dass ich die hiermit erteilte Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, indem ich diese Entscheidung dem Ärzteteam mitteile.

Unterschrift des informierenden Arztes
Dr.

Unterschrift des Patienten
Herr/Frau

Kammermitglied Nr.:
Datum:

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

als aufgrund von erteile meine Einwilligung zur Durchführung des vorgeschlagenen Eingriffs.

Unterschrift des Vertreters

Datum:

Widerruf der Einwilligung

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

HIERMIT WIDERRUFE ich aus eigenem Willen die vorstehend erteilte Einwilligung zur Durchführung dieses Eingriffs und übernehme die Verantwortung für die Folgen, die sich daraus für die Entwicklung meiner Krankheit / der Krankheit des Patienten ergeben.

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Vertreters

Datum:

EINWILLIGUNG DES INFORMIERTEN PATIENTEN ZU EINER LAPAROSKOPISCHEN MAGENCHIRURGIE

PATIENTENDATEN:

Vor- und Nachnamen des Patienten: Krankengeschichte Nr.:

Vor- und Nachnamen des Vertreters (ggf.):

INFORMATIONSWUNSCH

Ich möchte über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff informiert werden JA NEIN

Ich möchte, dass über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff folgende Person informiert wird:

.....

BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mir durch einen Einschnitt in der Bauchdecke ein Teil oder der ganze Magen entfernt werden soll, je nach Grad des Krankheitsbefalls. Danach wird, insoweit erforderlich, das Verdauungsrohr rekonstruiert, durch Vernähen der Speiseröhre mit dem Restmagen bzw. einer Schlinge des Dünndarms. In manchen Fällen kann die Entfernung weiterer Bauchorgane, wie der Milz oder des Schwanzes der Bauchspeicheldrüse erforderlich werden.

Die Laparoskopie besteht darin, dass durch kleine Einschnitte in der Bauchdecke Trokare eingeführt werden, nach der Einbringung von Gas in den Bauchraum, wird dadurch Raum für die Operation geschaffen, die mit Spezialinstrumenten durchgeführt wird. Die angewandte chirurgische Technik unterscheidet sich nicht von der herkömmlichen. In manchen Fällen kann der Eingriff aufgrund technischer Schwierigkeiten oder Befunde bei der Operation nicht zu Ende geführt werden, dann wird zur offenen Chirurgie (Laparotomie) übergegangen.

Es ist möglich, dass während des chirurgischen Eingriffs Verfahrensänderungen, aufgrund der Befunde bei der Operation, erforderlich werden, um mich angemessener zu behandeln.

Das Verfahren erfordert eine Narkose, über die mich der Anästhesist ausführlicher informieren wird, und es ist möglich, dass bei oder nach der Operation eine Blut- bzw. Blutderivattransfusion erforderlich wird.

Teile des entnommenen Gewebes können zu wissenschaftlichen, in keinem Fall zu kommerziellen, Zwecken verwendet werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes.

Die Operation darf zu wissenschaftlichen oder didaktischen Zwecken gefilmt werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes

THERAPEUTISCHER ZWECK DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mir mit diesem Verfahren der kranke Teil des Magens entfernt werden soll, der die Symptome verursacht, auch um weitere Komplikationen zu vermeiden (Blutungen, Perforation, Obstruktion).

Durch die Operation per Laparoskopie sollen größere Schnitte vermieden werden. Mit den kleineren Einschnitten wird das Risiko postoperativer Hernien verringert. Im Allgemeinen sind die Schmerzen nach der Operation geringer und die Wiederherstellung der normalen Darmtätigkeit sowie die postoperative Erholung erfolgen schneller und mit geringeren Beschwerden.

ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass der Eingriff mittels einer offenen Chirurgie möglich ist, in meinem Fall jedoch keine wirksame Alternative zur Chirurgie gibt.

ALLGEMEINE UND SPEZIFISCHE RISIKEN DES VERFAHRENS

Ich habe verstanden, dass trotz angemessener Indikation und korrekter Anwendung der Operationstechnik unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten können, sowohl allgemeine, die jedes Organ bzw. System betreffen können, als auch spezifische mit dem konkreten Verfahren verbundene, und zwar:

Harmlose und relativ häufige Risiken: Infektion, Nachblutungen der Operationswunden. Venenentzündung. Verzögerung bei der Wiederherstellung der Darmmotilität. Erbrechen. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs. Bedingt durch das Laparoskopiegas können Dehnungen des subkutanen Gewebes und anderer Bereiche sowie daraus resultierende Schmerzen, gewöhnlich im Schulterbereich, auftreten.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Fistelbildung oder Stenose durch unkorrekte Verheilung der Operationsnarbe. Störungen des Ernährungszustands, die gewöhnlich durch Nahrungszusätze korrigiert werden können. Innere Blutungen oder Infektionen. Wiederauftreten der Krankheit. Durch die Laparoskopie können Gefäßverletzungen, Verletzungen benachbarter Organe, Gasembolien und Pneumothorax entstehen.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, es kann jedoch auch ein erneuter Eingriff, im Allgemeinen als Notfalleingriff, erforderlich sein. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE

.....

KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS

Mit diesem Eingriff wird ein Teil oder der ganze Magen entfernt.

MÖCHTEN SIE ZU DEM EINGRIFF EINE ERKLÄRUNG ABGEBEN?

.....

Erklärungen und Unterschriften

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

- ICH ERKLÄRE, dass ich rechtzeitig und zufriedenstellend durch den Arzt über den bei mir vorzunehmenden Eingriff **(LAPAROSKOPISCHE MAGENCHIRURGIE)** sowie dessen Risiken und mögliche Komplikationen informiert worden bin.
- Dass ich die Risiken und möglichen bleibenden Folgen kenne und akzeptiere, die sich aus dem Eingriff an sich, der Lage der Operationswunde oder Komplikationen, trotz Einsatz sämtlicher zur Verfügung stehender Mittel durch die Ärzte, ergeben können.
- Dass ich vorliegendes Schriftstück gelesen habe. Ich bin mit der erhaltenen Information zufrieden und habe alle Fragen, die ich zur Sache hatte, gestellt, alle meine Zweifel wurden geklärt.
- Ich wurde über die Möglichkeit unterrichtet, meine Operation im Rahmen eines Lehr- oder Forschungsprojekts zu verwenden, ohne dass mir daraus gesundheitliche Risiken entstehen.
- Ich weiß, dass ich die hiermit erteilte Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, indem ich diese Entscheidung dem Ärzteteam mitteile.

Unterschrift des informierenden Arztes
Dr.

Unterschrift des Patienten
Herr/Frau

Kammermitglied Nr.:
Datum:

Herr/Frau Ausweis-Nr.:
als aufgrund von erteile meine Einwilligung zur Durchführung des vorgeschlagenen Eingriffs.

Unterschrift des Vertreters

Datum:

Widerruf der Einwilligung

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

HIERMIT WIDERRUFE ich aus eigenem Willen die vorstehend erteilte Einwilligung zur Durchführung dieses Eingriffs und übernehme die Verantwortung für die Folgen, die sich daraus für die Entwicklung meiner Krankheit / der Krankheit des Patienten ergeben.

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Vertreters

Datum:

EINWILLIGUNG DES INFORMIERTEN PATIENTEN ZUR SPEISRÖHRENRESEKTION

PATIENTENDATEN:

Vor- und Nachnamen des Patienten: Krankengeschichte Nr.:

Vor- und Nachnamen des Vertreters (ggf.):

INFORMATIONSWUNSCH

Ich möchte über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff informiert werden JA NEIN

Ich möchte, dass über meine Krankheit und den vorgesehenen Eingriff folgende Person informiert wird:

.....

BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mir durch dieses Verfahren der Teil der Speiseröhre entfernt werden soll, der bei mir von der Krankheit befallen ist, ggf. auch die ganze. Die Operation erfolgt durch Hals, Thorax oder Bauch, häufig auch durch Kombination verschiedener Wege. Zur Rekonstruktion des Verdauungstrahrs wird der Magen oder ein Teil des Darms, je nach Lokalisierung der Krankheit, verwendet. Nach der Operation, im postoperativen Stadium, ist im Allgemeinen künstliche Ernährung intravenös oder durch eine Sonde erforderlich. In manchen Fällen kann die Entfernung weiterer Bauchorgane, wie des Magens oder der Milz erforderlich werden.

Es ist möglich, dass während des chirurgischen Eingriffs Verfahrensänderungen, aufgrund der Befunde bei der Operation, erforderlich werden, um mich angemessener zu behandeln.

Das Verfahren erfordert eine Narkose, über die mich der Anästhesist ausführlicher informieren wird, und es ist möglich, dass bei oder nach der Operation eine Blut- bzw. Blutderivattransfusion erforderlich wird.

Teile des entnommenen Gewebes können zu wissenschaftlichen, in keinem Fall zu kommerziellen, Zwecken verwendet werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes.

Die Operation darf zu wissenschaftlichen oder didaktischen Zwecken gefilmt werden, es sei denn, ich erkläre ausdrücklich etwas Anderes

THERAPEUTISCHER ZWECK DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, dass mir mit diesem Verfahren der kranke Teil des Magens entfernt werden soll, der die Symptome verursacht, auch um weitere Komplikationen zu vermeiden (Blutungen, Perforation, Obstruktion).

ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass es in meinem Fall zur Behandlung der Krankheit keine wirksame Alternative zu diesem Eingriff gibt.

ALLGEMEINE UND SPEZIFISCHE RISIKEN DES VERFAHRENS

Ich habe verstanden, dass trotz angemessener Indikation und korrekter Anwendung der Operationstechnik unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen auftreten können, sowohl allgemeine, die jedes Organ bzw. System betreffen können, als auch spezifische mit dem konkreten Verfahren verbundene, und zwar:

Harmlose und relativ häufige Risiken: Infektion, Nachblutungen der Operationswunde. Venenentzündung. Vorübergehende Schluckbeschwerden. Vorübergehende Störungen der Stimme. Verdauungsstörungen (Durchfall, Erbrechen usw.). Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Innere Blutungen oder Infektionen. Fistelbildung oder Stenose durch unkorrekte Verheilung der Operationsnarbe. Pleuropulmonäre Komplikationen. Verletzung des nervus recurrens (Störungen der Stimme). Verletzung des Lymphgangs. Wiederauftreten der Krankheit.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, es kann jedoch auch ein erneuter Eingriff, im Allgemeinen als Notfalleingriff, erforderlich sein. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE

.....

KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS

Mit diesem Eingriff wird ein Teil oder der ganze Magen entfernt.

MÖCHTEN SIE ZU DEM EINGRIFF EINE ERKLÄRUNG ABGEBEN?

.....

Erklärungen und Unterschriften

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

- ICH ERKLÄRE, dass ich rechtzeitig und zufriedenstellend durch den Arzt über den bei mir vorzunehmenden Eingriff **(SPEISERÖHRENRESEKTION)** sowie dessen Risiken und mögliche Komplikationen informiert worden bin.
- Dass ich die Risiken und möglichen bleibenden Folgen kenne und akzeptiere, die sich aus dem Eingriff an sich, der Lage der Operationswunde oder Komplikationen, trotz Einsatz sämtlicher zur Verfügung stehender Mittel durch die Ärzte, ergeben können.
- Dass ich vorliegendes Schriftstück gelesen habe. Ich bin mit der erhaltenen Information zufrieden und habe alle Fragen, die ich zur Sache hatte, gestellt, alle meine Zweifel wurden geklärt.
- Ich wurde über die Möglichkeit unterrichtet, meine Operation im Rahmen eines Lehr- oder Forschungsprojekts zu verwenden, ohne dass mir daraus gesundheitliche Risiken entstehen.
- Ich weiß, dass ich die hiermit erteilte Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, indem ich diese Entscheidung dem Ärzteteam mitteile.

Unterschrift des informierenden Arztes
Dr.

Unterschrift des Patienten
Herr/Frau

Kammermitglied Nr.:
Datum:

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

als aufgrund von erteile meine Einwilligung zur Durchführung des vorgeschlagenen Eingriffs.

Unterschrift des Vertreters

Datum:

Widerruf der Einwilligung

Herr/Frau Ausweis-Nr.:

HIERMIT WIDERRUFE ich aus eigenem Willen die vorstehend erteilte Einwilligung zur Durchführung dieses Eingriffs und übernehme die Verantwortung für die Folgen, die sich daraus für die Entwicklung meiner Krankheit / der Krankheit des Patienten ergeben.

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Vertreters

Datum: