

## **EINWILLIGUNG DES INFORMIERTEN PATIENTEN ZU EINER DARMRESEKTION PER OFFENER 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 mir durch einen Schnitt am Bauch der erkrankte Teil des Darms entfernt werden soll. Danach wird der Darm vernäht, um das Verdauungsrohr wieder herzustellen. In bestimmten Fällen kann die Erweiterung der Resektion auf andere Organe erforderlich werden. Manchmal muss aus technischen Gründen ein künstlicher Darmausgang angelegt werden, meistens nur vorübergehend.

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, mir den erkrankten Darm zu entfernen bzw. die Krankheitssymptome zu beseitigen und weitere Komplikationen (Blutungen, Perforation, Obstruktion, Fistelbildungen), die dann einen Notfalleingriff erfordern würden, zu verhüten.

### **ALTERNATIVEN**

Der Chirurg hat mir erläutert, in meinem Fall bestehe die fachliche Auffassung, dass zur Behandlung meiner Krankheit keine wirksame Alternative zu dem vorgesehenen Eingriff besteht.

### **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. Verzögerung bei der Wiederaufnahme des normalen Verdauungsgangs, was Tropfbehandlung erfordert. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Anastomosefistel durch Störungen bei der Verheilung der Darmnaht. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion.

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**

Je nach Ausbreitung der Krankheit, muss ein kleineres oder größeres Stück des Dünndarms entnommen werden.

**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 (**DARMRESEKTION PER OFFENER 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 DARMRESEKTION

### 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 mit dieser Operationstechnik der erkrankte Teil des Darms entfernt werden soll. Danach wird der Darm vernäht, um das Verdauungsrohr wieder herzustellen. 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.

In bestimmten Fällen kann die Erweiterung der Resektion auf andere Organe erforderlich werden. Manchmal muss aus technischen Gründen ein künstlicher Darmausgang angelegt werden, meistens nur vorübergehend.

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, mir den erkrankten Darm zu entfernen bzw. die Krankheitssymptome zu beseitigen und weitere Komplikationen (Blutungen, Perforation, Obstruktion, Fistelbildungen), die dann einen Notfalleingriff erfordern würden, 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, in meinem Fall bestehe die fachliche Auffassung, dass zur Behandlung meiner Krankheit keine wirksame Alternative zu dem vorgesehenen Eingriff besteht. Der Eingriff kann jedoch 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. Akute Harnverhaltung. Venenentzündung. Verzögerung bei der Wiederaufnahme des normalen Verdauungsgangs, was Tropfbehandlung erfordert. 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: Anastomosefistel durch Störungen bei der Verheilung der Darmnaht. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. 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**

Je nach Ausbreitung der Krankheit, muss ein kleineres oder größeres Stück des Dünndarms entnommen werden.

**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 DARMRESEKTION)** 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 SEGMENTRESEKTION DES KOLON PER OFFENER 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 mir durch einen Schnitt am Bauch der erkrankte Teil des Darms entfernt werden soll. Danach wird der Darm vernäht, um das Verdauungsrohr wieder herzustellen.

In bestimmten Fällen kann die Erweiterung der Resektion auf andere Organe erforderlich werden. Manchmal muss aus technischen Gründen ein künstlicher Darmausgang angelegt werden, meistens nur vorübergehend. Üblicherweise ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

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, mir den erkrankten Darm zu entfernen bzw. die Krankheitssymptome zu beseitigen und weitere Komplikationen (Blutungen, Perforation, Obstruktion, Fistelbildungen), die dann einen Notfalleingriff erfordern würden, zu verhüten.

### **ALTERNATIVEN**

Der Chirurg hat mir erläutert, in meinem Fall bestehe die fachliche Auffassung, dass zur Behandlung meiner Krankheit keine wirksame Alternative zu dem vorgesehenen Eingriff besteht.

### **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. Häufigerer Stuhlgang. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Anastomosefistel durch Störungen bei der Verheilung der Darmnaht, die meistens durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren etc.) behoben werden kann, in manchen Fällen jedoch einen erneuten Eingriff mit Anlage eines künstlichen Darmausgangs erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. 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**

Je nach Ausbreitung der Krankheit, muss ein kleineres oder größeres Stück des Dickdarms entnommen werden.

**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 (SEGMENTRESEKTION DES KOLON PER OFFENER 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 SEGMENTRESEKTION DES KOLON**

### **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 mit dieser Operationstechnik der erkrankte Teil des Darms entfernt werden soll. Danach wird der Darm vernäht, um das Verdauungsrohr wieder herzustellen. Üblicherweise ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

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.

In bestimmten Fällen kann die Erweiterung der Resektion auf andere Organe erforderlich werden. Manchmal muss aus technischen Gründen ein künstlicher Darmausgang angelegt werden, meistens nur vorübergehend.

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, mir den erkrankten Darm zu entfernen bzw. die Krankheitssymptome zu beseitigen und weitere Komplikationen (Blutungen, Perforation, Obstruktion, Fistelbildungen), die dann einen Notfalleingriff erfordern würden, 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, in meinem Fall sei der chirurgische Eingriff die einzige wirksame Alternative, er kann jedoch auch als offene 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. Akute Harnverhaltung. Venenentzündung. Häufigerer Stuhlgang. 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: Anastomosefistel durch Störungen bei der Verheilung der Darznaht, die meistens durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren etc.) behoben werden kann, in manchen Fällen jedoch einen erneuten Eingriff mit Anlage eines künstlichen Darmausgangs erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. 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**

Je nach Ausbreitung der Krankheit, muss ein kleineres oder größeres Stück des Dickdarms entnommen werden.

**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 SEGMENTRESEKTION DES KOLON)** 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 STOMA-RÜCKVERLEGUNG PER OFFENER 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 mir durch dieses Verfahren der Verdauungsweg wiederhergestellt und der künstliche Darmausgang geschlossen werden soll. Dazu wird ein Schnitt rund um diesen angelegt. Falls der Rest des Darms vorher vom künstlichen Darmausgang getrennt war, ist außerdem ein Bauchschnitt zu machen. Nach Freilegen beider Darmenden werden diese miteinander vernäht. Manchmal ist zum Schließen der Öffnung des künstlichen Darmausgangs die Verwendung von Prothesenmaterial (Netzgewebe) erforderlich. In manchen Fällen ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

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, bei mir den durchgehenden Verdauungsweg wiederherzustellen, damit ich wieder durch den After Stuhlgang haben kann.

### **ALTERNATIVEN**

Der Chirurg hat mir erläutert, ich könne den künstlichen Darmausgang behalten, zur Stoma-Rückverlegung sei die Chirurgie jedoch die einzige Alternative.

### **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. Durchfall. Störungen der Darmkontinenz, die gewöhnlich nach einer Gewöhnungsphase verschwinden. Verzögerungen bei der Wiederherstellung der Darmmotilität, die ggf. eine längere Tropfbehandlung erfordern. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Innere Blutungen oder Infektionen. Darmfistel durch falsche Verheilung der Darmnaht. Darmobstruktion.

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**

Der künstliche Darmausgang wird geschlossen, damit der Stuhlgang wieder über den After erfolgt.

**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 (**STOMA-RÜCKVERLEGUNG PER OFFENER 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 STOMA-RÜCKVERLEGUNG**

### **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 Verdauungsweg wiederhergestellt und der künstliche Darmausgang geschlossen werden soll. Dazu wird ein Schnitt rund um diesen angelegt und die Verbindung beider Darmenden per Laparoskopie zu Ende geführt. Manchmal ist zum Schließen der Öffnung des künstlichen Darmausgangs die Verwendung von Prothesenmaterial (Netzgewebe) erforderlich. In manchen Fällen ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

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, bei mir den durchgehenden Verdauungsweg wiederherzustellen, damit ich wieder durch den After Stuhlgang haben kann.

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, ich könne den künstlichen Darmausgang behalten, zur Stoma-Rückverlegung sei die Chirurgie jedoch die einzige Alternative; diese kann auch als offene 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. Akute Harnverhaltung. Venenentzündung. Durchfall. Störungen der Darmkontinenz, die gewöhnlich nach einer Gewöhnungsphase verschwinden. Verzögerungen bei der Wiederherstellung der Darmmotilität, die ggf. eine längere Tropfbehandlung erfordern. 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. Darmfistel durch falsche Verheilung der Darmnaht. Darmobstruktion. 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**

Der künstliche Darmausgang wird geschlossen, damit der Stuhlgang wieder über den After erfolgt.

**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 (**LAPAROSKOPISCHEN STOMA-RÜCKVERLEGUNG**) 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 TOTALEN OFFENEN KOLEKTOMIE MIT ODER OHNE RESERVOIR**

### **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 Schnitt am Bauch der Dickdarm und der größte Teil des Mastdarms (Rektum) entfernt werden soll. Wenn möglich, wird der Verdauungsweg danach durch Anlage eines Neo-Rektums mit einem Teil des Dünndarms rekonstruiert. In den meisten Fällen wird zur Entlastung ein Ileostoma angelegt, das ist ein vorübergehender künstlicher Darmausgang in der Bauchdecke, der später mit einem erneuten chirurgischen Eingriff wieder entfernt wird. Kann der Mastdarm nicht rekonstruiert werden, muss ein definitives Ileostoma angelegt werden. Üblicherweise ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

In bestimmten Fällen kann die Erweiterung der Resektion auf andere Organe 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, Zweck dieses Verfahrens sei, mir den erkrankten Darm zu entfernen und weitere Komplikationen (Blutungen, Perforation, Obstruktion, Fistelbildungen), die dann einen Notfalleingriff erfordern würden, zu verhüten.

### **ALTERNATIVEN**

Der Chirurg hat mir erläutert, in meinem Fall bestehe die fachliche Auffassung, dass keine wirksame Alternative zu dem vorgesehenen Eingriff besteht.

### **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. Durchfall. Hautreizungen rund um den künstlichen Darmausgang. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Anastomosefistel durch Störungen bei der Verheilung der Darznaht, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal einen Eingriff zur Anlage eines künstlichen Darmausgangs erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Sexuelle Funktionsstörungen bis hin zur Impotenz. Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. Entzündung des Reservoirs. 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**

Es wird der gesamte Dickdarm entfernt und in Fällen, in denen auch der After entfernt wird, muss der Stuhlgang danach durch einen künstlichen Darmausgang durch die Bauchdecke erfolgen.

**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 (**TOTALE OFFENE KOLEKTOMIE MIT ODER OHNE RESERVOIR**) 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 TOTALEN LAPAROSKOPISCHEN KOLEKTOMIE MIT ODER OHNE RESERVOIR**

### **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 per Laparoskopie der Dickdarm und der größte Teil des Mastdarms (Rektum) entfernt werden soll. Wenn möglich, wird der Verdauungsweg danach durch Anlage eines Neo-Rektums mit einem Teil des Dünndarms rekonstruiert. In den meisten Fällen wird zur Entlastung ein Ileostoma angelegt, das ist ein vorübergehender künstlicher Darmausgang in der Bauchdecke, der später mit einem erneuten chirurgischen Eingriff wieder entfernt wird. Kann der Mastdarm nicht rekonstruiert werden, muss ein definitives Ileostoma angelegt werden. Üblicherweise ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

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.

In bestimmten Fällen kann die Erweiterung der Resektion auf andere Organe 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, Zweck dieses Verfahrens sei, mir den erkrankten Darm zu entfernen und weitere Komplikationen (Blutungen, Perforation, Obstruktion, Fistelbildungen), die dann einen Notfalleingriff erfordern würden, 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, in meinem Fall bestehe die fachliche Auffassung, dass keine wirksame Alternative zu dem vorgesehenen Eingriff besteht, der jedoch auch als offene Chirurgie durchgeführt werden kann.

### **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. Häufigerer Stuhlgang. 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: Anastomosefistel durch Störungen bei der Verheilung der Darmnaht, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal einen Eingriff zur Anlage eines künstlichen Darmausgangs erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Sexuelle Funktionsstörungen bis

hin zur Impotenz. Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. Entzündung des Reservoirs. 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**

Es wird der gesamte Dickdarm entfernt und in Fällen, in denen auch der After entfernt wird, muss der Stuhlgang danach durch einen künstlichen Darmausgang durch die Bauchdecke erfolgen.

**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 (**TOTALE LAPAROSKOPISCHE KOLEKTOMIE MIT ODER OHNE RESERVOIR**) 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 MASTDARMRESEKTION PER OFFENER 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 mir durch einen Schnitt am Bauch der gesamte oder ein Teil des Mastdarms (Enddarms) entfernt werden soll. Je nach Entfernung der Läsion vom After ist die Rekonstruktion des Verdauungswegs möglich oder nicht, in den meisten Fällen ist sie möglich. In Fällen, in denen der After entfernt werden muss, wird ein endgültiger künstlicher Darmausgang in der Bauchdecke angelegt. Wenn ein Vernähen mit dem Dickdarm möglich ist, kann es erforderlich werden, einen vorübergehenden künstlichen Darmausgang anzulegen. Üblicherweise ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich. In bestimmten Fällen kann die Erweiterung der Resektion auf andere Organe 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, Zweck dieses Verfahrens sei, mir den erkrankten Mastdarm zu entfernen und weitere Komplikationen (Blutungen, Perforation, Obstruktion, Fistelbildungen), die dann einen Notfalleingriff erfordern würden, zu verhüten.

### **ALTERNATIVEN**

Der Chirurg hat mir erläutert, dass in bestimmten Fällen die Implantierung einer Endoprothese erwägt werden kann oder die Entfernung der Läsion durch den After, in meinem Fall bestehe jedoch die fachliche Auffassung, dass die offene Chirurgie die beste Alternative 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. Akute Harnverhaltung. Venenentzündung. Häufigerer Stuhlgang. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Anastomosefistel durch Störungen bei der Verheilung der Darmnaht, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal einen Eingriff zur Anlage eines künstlichen Darmausgangs erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Sexuelle Funktionsstörungen bis hin zur Impotenz. Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. 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**

Es wird der gesamte oder ein Teil des Mastdarms entfernt und in Fällen, in denen auch der After entfernt wird, muss der Stuhlgang danach durch einen künstlichen Darmausgang durch die Bauchdecke erfolgen.

**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 (**MASTDARMRESEKTION PER OFFENER 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 MASTDARMRESEKTION**

### **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 per Laparoskopie der gesamte oder ein Teil des Mastdarms (Enddarms) entfernt werden soll. Je nach Entfernung der Läsion vom After ist die Rekonstruktion des Verdauungswegs möglich oder nicht, in den meisten Fällen ist sie möglich. In Fällen, in denen der After entfernt werden muss, wird ein endgültiger künstlicher Darmausgang in der Bauchdecke angelegt. Wenn ein Vernähen mit dem Dickdarm möglich ist, kann es erforderlich werden, einen vorübergehenden künstlichen Darmausgang anzulegen. Üblicherweise ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich. In bestimmten Fällen kann die Erweiterung der Resektion auf andere Organe 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, Zweck dieses Verfahrens sei, mir den erkrankten Mastdarm zu entfernen und weitere Komplikationen (Blutungen, Perforation, Obstruktion, Fistelbildungen), die dann einen Notfalleingriff erfordern würden, 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, dass in bestimmten Fällen die Implantierung einer Endoprothese erwägt werden kann oder die Entfernung der Läsion durch den After, in meinem Fall bestehe jedoch die fachliche Auffassung, dass die Chirurgie die beste Alternative darstellt, die jedoch auch als offene Chirurgie durchgeführt werden kann.

### **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. Häufigerer Stuhlgang. 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: Anastomosefistel durch Störungen bei der Verheilung der Darmnaht, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal einen Eingriff zur Anlage eines künstlichen Darmausgangs erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Sexuelle Funktionsstörungen bis

hin zur Impotenz. Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. 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**

Es wird der gesamte oder ein Teil des Mastdarms entfernt und in Fällen, in denen auch der After entfernt wird, muss der Stuhlgang danach durch einen künstlichen Darmausgang durch die Bauchdecke erfolgen.

#### **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 MASTDARMRESEKTION**) 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 POLYPEKTOMIE IM DICK- ODER MASTDARM**

### **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 mit diesem Verfahren Polypen aus dem Dick- oder Mastdarm entfernt werden sollen, das ist kein Ersatz für die endoskopische Behandlung zur kompletten histologischen Untersuchung. Befindet sich der Polyp im Dickdarm, ist es erforderlich, diesen Darmteil zu öffnen, um die Läsion zu entfernen und danach den Darm zu vernähen. Manchmal kann es erforderlich werden, ein Stück Dickdarm zu entfernen. Befindet sich der Polyp im Mastdarm kann der Eingriff bei tiefer Lokalisierung vom After her erfolgen, sonst von hinten, durch Eröffnung des Mastdarms und späterem Vernähen. Die intra- oder postoperative anatomisch-pathologische Untersuchung kann die Erweiterung der Resektion oder die Anlage eines künstlichen, meistens nur vorübergehenden, Darmausgangs empfehlenswert machen. Üblicherweise ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

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, mir den Polypen zu entfernen, um dessen Wucherung und mögliche bösartige Degeneration zu vermeiden.

### **ALTERNATIVEN**

Der Chirurg hat mir erläutert, in meinem Fall bestehe die fachliche Auffassung, dass keine andere wirksame Alternative zur Behandlung meiner Krankheit vorhanden ist.

### **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. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Anastomosefistel durch Störungen bei der Verheilung der Darmnaht, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal einen Eingriff zur Anlage eines künstlichen Darmausgangs erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. 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 **(POLYPEKTOMIE IM DICK- ODER MASTDARM)** 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 ENDOANALEN RESEKTION

### 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 mit diesem Verfahren durch den After die Geschwulst entfernt werden soll, die bei mir im Mastdarm vorhanden ist. Manchmal wird dazu eine Vorrichtung verwendet, die durch den After eingeführt wird, um dann mit einer Spezialapparatur die Geschwulst zu entfernen. Üblicherweise ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

In manchen Fällen wird es aufgrund intraoperativer Befunde oder wegen der Unmöglichkeit, die Geschwulst auf diesem Weg zu entfernen, während der Operation erforderlich, einen Eingriff durch einen Bauchschnitt durchzuführen, um die Geschwulst vollständig zu entfernen. Muss der Mastdarm entfernt werden, ist, je nach Entfernung der Läsion vom After, die Rekonstruktion des Verdauungswegs möglich oder nicht, in den meisten Fällen ist sie möglich. In Fällen, in denen der After entfernt werden muss, wird ein endgültiger künstlicher Darmausgang in der Bauchdecke angelegt. Wenn ein Vernähen mit dem Dickdarm möglich ist, kann es erforderlich werden, einen vorübergehenden künstlichen Darmausgang anzulegen. In bestimmten Fällen kann die Erweiterung der Resektion auf andere Organe erforderlich werden

Die endgültige anatomisch-pathologische Untersuchung des entnommenen Gewebes kann einen erneuten Eingriff zur kompletten Entfernung der Geschwulst empfehlenswert machen.

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, eine komplette anatomisch-pathologische Untersuchung meiner Mastdarmläsion durchzuführen und weitere Komplikationen (Blutungen, Obstruktion), die dann einen Notfalleingriff erfordern würden, zu verhüten..

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, in meinem Fall sei die endonale Resektion der Geschwulst die beste Alternative, möglich wäre auch eine totale oder teilweise Mastdarmresektion.

### 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. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs. Bei teilweiser Mastdarmresektion: Häufigerer Stuhlgang.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwerwiegende Blutungen oder Infektionen. Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. Wiederauftreten der Krankheit. Bei teilweiser Mastdarmresektion: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Anastomosefistel durch Störungen bei der Verheilung der Darmnaht, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal einen Eingriff zur Anlage eines künstlichen Darmausgangs erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Sexuelle Funktionsstörungen bis hin zur Impotenz.

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 (ENDOANLAE RESEKTION) 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 OPERATION DES MASTDARMVORFALLS

### 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, den Mastdarm wieder in seine ursprüngliche Position zu verlegen und Symptome wie örtliche Beschwerden, Inkontinenz und Blutungen zu beseitigen. Die Behandlung des Mastdarmvorfalls erfolgt über die Bauchwand oder durch den After. Dazu kann ggf. eine Darmresektion, die Fixierung des Darms mit Prothesematerial (Netzgewebe) oder das Vernähen der Muskeln des Mastdarms, bei Entfernung eines Teils der Schleimhaut, erforderlich sein. Üblicherweise ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

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, den Mastdarm wieder in seine ursprüngliche Position zu bringen und die Symptome wie örtliche Beschwerden, Inkontinenz, Sekretionen oder sogar Blutungen zu beseitigen.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, in meinem Fall bestehe die fachliche Auffassung, dass keine wirksame Behandlungsalternative besteht, um den Mastdarmvorfall zu korrigieren.

### 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. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Je nach angewandter Operationstechnik können auftreten: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie), bei Operation durch die Bauchwand. Blutungen oder Infektionen innerhalb des Bauchraums oder rund um den After. Abstoßen des synthetischen Materials, was zur Entfernung desselben zwingen kann. Darmfistel. Stenose, Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. Sexuelle Funktionsstörungen bis hin zur Impotenz. Wiederauftreten des Mastdarmvorfalls.

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 **(OPERATION DES MASTDARMVORFALLS)** 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 OPERATION EINER REKTOZELE

### 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 vermieden werden soll, dass ein Bruch des Mastdarms zur Scheide hin entsteht, dabei sollen Symptome wie örtliche Beschwerden und Verstopfung beseitigt werden. Die Behandlung der Rektozele erfolgt über die Vagina, das Perineum oder den After. Zur Behandlung der Rektozele kann das Vernähen der Muskeln des Mastdarms oder das Einsetzen von Prothesematerial (Netzgewebe) zwischen dem Mastdarm und der Vagina erforderlich sein. Manchmal ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

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, zu vermeiden, dass ein Bruch des Mastdarms zur Scheide hin entsteht, dabei sollen auch Symptome wie örtliche Beschwerden und Verstopfung beseitigt werden.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, in meinem Fall bestehe die fachliche Auffassung, dass keine wirksame Behandlungsalternative besteht, um die Rektozele zu korrigieren.

### 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. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs. Venenentzündung.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Je nach angewandter Operationstechnik können auftreten: Infektion rund um den After. Abstoßen des synthetischen Materials, was zur Entfernung desselben zwingen kann. Darmfistel. Stenose, Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr. Wiederauftreten der Rektozele.

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 **(OPERATION EINER REKTOZELE)** 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 OPERATION EINER ANALSTENOSE

### 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 die Afterstenose durch Veränderungen der Haut oder der Muskeln in diesem Bereich verursacht sein kann. Die möglichen Behandlungen schließen die Erweiterung des Afters, Einschnitte im Schließmuskel oder Analplastik ein. In Ausnahmefällen ist die Anlage eines künstlichen Darmausgangs erforderlich. Manchmal ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

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 bei mir bestehende Analstenose zu beseitigen, damit ich leichter Stuhlgang haben kann.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass eine Erweiterung des Afters möglich ist, in meinem Fall jedoch, angesichts der bedeutenden Stenose, die fachliche Auffassung bestehe, dass keine wirksame Behandlungsalternative besteht.

### 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. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwerwiegende Infektion des Afters und Perineums. Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. Fortbestand oder Wiederauftreten der Stenose.

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 (**OPERATION EINER ANALSTENOSE**) 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 OPERATION EINER ANALFISTEL

### 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 der Fistelverlauf kanalisiert werden soll, die Behandlung erfolgt durch Schnitt und Aufspaltung, Ausräumung derselben oder Verlegung eines Fadens oder Gummis durch den Fistelverlauf. Manchmal ist die Behandlung der Schließmuskeln oder eine Analplastik erforderlich. Bei komplexen Fisteln, die mit anderen Organen in Verbindung stehen, werden beide Fistelausgänge behandelt und in Ausnahmefällen ist die Anlage eines künstlichen Darmausgangs erforderlich. Manchmal ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

In ausgewählten Fällen wird diese Operation als ambulanter größerer chirurgischer Eingriff durchgeführt und der Patient kann noch am Tag des Eingriffs entlassen 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, den Fistelgang und die dadurch hervorgerufenen Symptome (Blutungen, Schmerzen, Infektion usw.) zu beseitigen.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass in meinem Fall die fachliche Auffassung bestehe, dass keine wirksame Behandlungsalternative zur Beseitigung der Analfistel besteht.

### 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. Entzündung des Afters. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs. Venenentzündung.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwerwiegende Infektion des Afters und Perineums. Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. Analstenose. Wiederauftreten der Fistel.

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 (**OPERATION EINER ANALFISTEL**) 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 OPERATION EINER ANALFISSUR

### 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 eine Teildurchtrennung des analen Schließmuskels oder eine Dehnung desselben durchgeführt werden soll, damit die Fissur danach abheilen kann. Das Auftreten einer Analfissur kann mit Hämorrhoiden oder Polypen in Verbindung stehen und es kann versucht werden, alle diese Probleme in einem einzigen Eingriff zu lösen.

In ausgewählten Fällen wird diese Operation als ambulanter größerer chirurgischer Eingriff durchgeführt und der Patient kann noch am Tag des Eingriffs entlassen 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, meine Krankheitserscheinungen (Blutungen, Schmerzen usw.) zu beseitigen, damit die Analfissur abheilen kann.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass in meinem Fall die fachliche Auffassung bestehe, eine medikamentöse Behandlung werde kaum Erfolg haben, womit sich die chirurgische Behandlung als wirksamste Therapie zur Beseitigung der Analfissur 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. Akute Harnverhaltung. Analödem. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwerwiegende Infektion des Perineums. Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. Analstenose. Wiederauftreten der Analfissur.

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 **(OPERATION EINER ANALFISSUR)** 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 HÄMORRHOIDENOPERATION

### 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 die Hämorrhoiden (Venenerweiterungen in der Aftergegend) entfernt werden sollen, die Ursache meiner Beschwerden (Blutungen, Schmerzen usw.) sind. Manchmal ist es nicht erforderlich, alle zu entfernen und der Eingriff wird durch Ligaturen und Verödungen von Gruppen kleinerer Hämorrhoiden, die nicht entfernt werden können, ergänzt.

In ausgewählten Fällen wird diese Operation als ambulanter größerer chirurgischer Eingriff durchgeführt und der Patient kann noch am Tag des Eingriffs entlassen 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, mir die Hämorrhoiden zu entfernen, um meine Krankheitserscheinungen (Beschwerden, Blutungen, Schmerzen usw.) zu heilen oder zu verbessern.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass in meinem Fall die fachliche Auffassung bestehe, eine medikamentöse Behandlung werde kaum Erfolg haben, womit sich die chirurgische Therapie als wirksamste Behandlung der Hämorrhoiden 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. Akute Harnverhaltung. Analödem. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwerwiegende Infektion des Afters und Perineums. Kontinenzstörungen in Bezug auf Blähungen, aber auch auf Stuhlgang. Analstenose. Wiederauftreten der Hämorrhoiden.

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 **(HÄMORRHOIDENOPERATION)** 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 ANALINKONTINENZOPERATION

### 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 der Eingriff zur Behebung meiner Inkontinenz von der Ursache derselben abhängt. Ist eine Läsion des Schließmuskels vorhanden, muss dieser repariert werden, um zu versuchen, seine Funktionsfähigkeit wiederherzustellen. Manchmal ist die Läsion komplexer und es müssen weitere Muskeln rund um den After repariert werden. Bei Nervenläsionen müssen manchmal Muskelumlagerungen mit oder ohne Stimulierung vorgenommen werden, oder es muss ein künstlicher Schließmuskel eingesetzt werden. In Ausnahmefällen ist die Anlage eines künstlichen Darmausgangs erforderlich. Üblicherweise ist eine vorbereitende Behandlung zur Reinigung des Darms erforderlich.

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, zu versuchen, mein Inkontinenz zu beheben bzw. meine Beschwerden zu verringern, unter völliger oder teilweiser Wiederherstellung der Kontinenz.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass eine Rehabilitationsbehandlung mit Analübungen versucht werden könnte oder die Anwendung mechanischer Methoden, dass in meinem Fall jedoch die fachliche Auffassung bestehe, die Chirurgie sei die empfehlenswerteste Behandlung.

### 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. Entzündung des Afters. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs. Venenentzündung.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwerwiegende Infektion des Afters und des benachbarten Gewebes. Analstenose oder Schwierigkeiten beim Stuhlgang. Fortbestand der Inkontinenz.

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 (**ANALINKONTINENZOPERATION**) 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 SINUS PILONIDAL OPERATION

### 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 mit diesem Verfahren die Zyste und alle Fistelgänge entfernt werden sollen. Danach wird die Wunde geschlossen, oder aber zum Abheilen offen gelassen, je nach Zustand, um das Risiko einer Infektion oder Neubildung nach Möglichkeit zu verringern.

In ausgewählten Fällen wird diese Operation als ambulanter größerer chirurgischer Eingriff durchgeführt und der Patient kann noch am Tag des Eingriffs entlassen 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 Entfernung der Zyste und Behebung der Krankheitserscheinungen.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass in meinem Fall die fachliche Auffassung bestehe, es gäbe keine wirksame Alternative zur Entfernung des Sinus.

### 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. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Wiederauftreten des Sinus.

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 (**SINUS PILONIDAL OPERATION**) 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 GALLENWEGSCHIRURGIE**

### **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 bei mir eine laparoskopische Untersuchung des Gallenwegs durchgeführt werden soll, um Grad und Ursache der Obstruktion des Gallenwegs festzustellen und die Gallenblase zu entfernen, insoweit nicht bereits vorher geschehen. Je nach Ursache und Lokalisierung erfolgt dann eine Reinigung, Entfernung oder Drainage des Gallenwegs.

In manchen Fällen kann damit eine Leber-, Zwölffingerdarm- oder Pankreasoperation verbunden werden. Muss der Gallenweg entfernt werden, wird er mit einem Stück Dünndarm rekonstruiert. Diese Verfahren beinhalten manchmal die Durchführung einer Anastomose oder die Anlage von Drainagen.

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 Obstruktion oder Infektion des Gallenwegs zu beheben.

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 in bestimmten Fällen versucht werden kann, auf endoskopischem oder transhepatischem Weg Steine zu entfernen, Prothesen zu setzen oder den Gallenweg zu dehnen, in meinem Fall bestehe jedoch die fachliche Auffassung, dass die Chirurgie die beste Alternative darstellt, die jedoch auch als offene Chirurgie durchgeführt werden kann.

### **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. Störungen des Verdauungsrythmus. 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: Gallefistel, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal weitere Untersuchungen (ERCP und/oder Gallendrainage) erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Gallenwegsverengung. Cholangitis (Gallengangentzündung). 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**

Im Allgemeinen wird die Gallenblase entfernt, es sei denn, das ist bereits vorher geschehen. Häufig ist es erforderlich, Drainagen im Bereich des Eingriffs oder im Gallenweg zu legen.

**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 GALLENWEGSCHIRURGIE**) 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 LEBERZYSTENOPERATION

### 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 durch einen Einschnitt in der Bauchdecke die bei mir vorhandene Leberzyste ganz oder teilweise entfernt und mögliche offene Verbindungen derselben mit den Gallenwegen geschlossen werden sollen. Manchmal kann dabei ein Eingriff am Gallenweg erforderlich werden (Entfernung oder Ableitung in den Darm bzw. durch ein Rohr). Manchmal muss der Eingriff auch auf andere Organe, die von der Zyste mitbetroffen sind, erweitert werden (Resektion eines Teils der Leber, Gallenblase, des Gallenwegs, Magens oder eines Teils des Dick- oder Dünndarms).

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

Mit diesem Verfahren soll die Zyste ganz oder teilweise ausgeräumt werden, um ihr Wachstum und Komplikationen (Aufbrechen, Infektion usw.) zu vermeiden.

### ALTERNATIVEN

In manchen Fällen kann die Drainage der Zyste mit radiologischen Methoden erwägt werden, der Chirurg hat mir jedoch erläutert, dass in meinem Fall die fachliche Auffassung besteht, dass die Chirurgie die beste Alternative 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. Vorübergehende Verdauungsstörungen. Pleuraerguss. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Gallefistel. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis). Cholangitis (Infektion der Gallengänge). Gelbsucht. Allergische Reaktionen, Leberinsuffizienz.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, wobei manchmal zusätzliche Untersuchungen (ERCP und/oder Drainage) erforderlich werden, 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

Wenn ein Teil der Leber entfernt wird, der Rest aber gesund ist, regeneriert sich die Leber.

**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 LEBERZYSTENOPERATION**) 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 LEBERZYSTENOPERATION**

### **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 per Laparoskopie die bei mir vorhandene Leberzyste ganz oder teilweise entfernt und mögliche offene Verbindungen derselben mit den Gallenwegen geschlossen werden sollen. Manchmal kann dabei ein Eingriff am Gallenweg erforderlich werden (Entfernung oder Ableitung in den Darm bzw. durch ein Rohr). Manchmal muss der Eingriff auch auf andere Organe, die von der Zyste mitbetroffen sind, erweitert werden (Resektion eines Teils der Leber, Gallenblase, des Gallenwegs, Magens oder eines Teils des Dick- oder Dünndarms).

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**

Mit diesem Verfahren soll die Zyste ganz oder teilweise ausgeräumt werden, um ihr Wachstum und Komplikationen (Aufbrechen, Infektion usw.) zu vermeiden.

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**

In manchen Fällen kann die Drainage der Zyste mit radiologischen Methoden erwägt werden, der Chirurg hat mir jedoch erläutert, dass in meinem Fall die fachliche Auffassung besteht, dass die Chirurgie die beste Alternative darstellt, die jedoch auch als offene Chirurgie durchgeführt werden kann.

### **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 Verdauungsstörungen. Pleuraerguss. 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: Gallefistel. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis). Cholangitis (Infektion der Gallengänge). Gelbsucht. Allergische Reaktionen, Leberinsuffizienz. Durch die Laparoskopie können Gefäßverletzungen, Verletzungen benachbarter Organe, Gasembolien und Pneumothorax entstehen.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, wobei manchmal zusätzliche Untersuchungen (ERCP und/oder Drainage) erforderlich werden, 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**

Wenn ein Teil der Leber entfernt wird, der Rest aber gesund ist, regeneriert sich die Leber.

**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 LEBERZYSTENOPERATION**) 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 LEBERRESEKTION

### 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 durch einen Einschnitt in der Bauchdecke der erkrankte Teil meiner Leber entfernt werden soll. Je nach Lokalisierung der Krankheit kann es erforderlich werden, auch die Gallenblase oder den Gallenweg zu entfernen oder die Resektion auf betroffene Nachbarorgane auszudehnen. Wird der Hauptgallengang entfernt, muss er durch Vernähen mit einem Darmsegment rekonstruiert 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 mit diesem Verfahren der erkrankte Teil meiner Leber entfernt werden soll, um Folgekomplikationen (Blutungen, Gallen- oder Leberinfektionen usw.) zu vermeiden, die einen Notfalleingriff erfordern würden.

### ALTERNATIVEN

In manchen Fällen können andere Methoden (Chemo-, Radiofrequenztherapie) erwägt werden, der Chirurg hat mir jedoch erläutert, dass in meinem Fall die fachliche Auffassung besteht, dass die Chirurgie die beste Alternative 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. Vorübergehende Verdauungsstörungen. Pleuraerguss. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Gallefistel. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis). Cholangitis (Infektion der Gallengänge). Gelbsucht. Leberinsuffizienz.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, wobei manchmal zusätzliche Untersuchungen (ERCP und/oder Drainage) erforderlich werden, 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

Es wird ein Teil der Leber entfernt, ist der Rest jedoch gesund, regeneriert sich die Leber.

**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 LEBERRESEKTION**) 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 LEBERRESEKTION**

### **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 per Laparoskopie der erkrankte Teil meiner Leber entfernt werden soll. Je nach Lokalisierung der Krankheit kann es erforderlich werden, auch die Gallenblase oder den Gallenweg zu entfernen oder die Resektion auf betroffene Nachbarorgane auszudehnen. Wird der Hauptgallengang entfernt, muss er durch Vernähen mit einem Darmsegment rekonstruiert 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 mit diesem Verfahren der erkrankte Teil meiner Leber entfernt werden soll, um Folgekomplikationen (Blutungen, Gallen- oder Leberinfektionen usw.) zu vermeiden, die einen Notfalleingriff erfordern würden.

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**

In manchen Fällen können andere Methoden (Chemo-, Radiofrequenztherapie) erwägt werden, der Chirurg hat mir jedoch erläutert, dass in meinem Fall die fachliche Auffassung besteht, dass die Chirurgie die beste Alternative darstellt, die jedoch auch als offene Chirurgie durchgeführt werden kann.

### **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 Verdauungsstörungen. Pleuraerguss. 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: Gallefistel. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis). Cholangitis (Infektion der Gallengänge). Gelbsucht. Leberinsuffizienz. Durch die Laparoskopie können Gefäßverletzungen, Verletzungen benachbarter Organe, Gasembolien und Pneumothorax entstehen.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, wobei manchmal zusätzliche Untersuchungen (ERCP und/oder Drainage) erforderlich werden, es kann jedoch auch ein erneuter Eingriff, im Allgemeinen als Notfallingriff, erforderlich sein. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

**PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE**

.....

**KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS**

Es wird ein Teil der Leber entfernt, ist der Rest jedoch gesund, regeneriert sich die Leber.

**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 LEBERRESEKTION**) 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 PFORTADERHOCHDRUCKOPERATION

### 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 dieser Operation versucht werden soll, einen Teil des der Leber zugeführten Blutes von der Pfortader in die Hohlvene oder ihre Verzweigungen abzuleiten bzw. den Kreislauf in dem Abschnitt des Verdauungstraktes zu unterbrechen, in dem sich die erweiterten Venen befinden. Manchmal ist dabei die Entfernung der Milz erforderlich.

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

Mit diesem Verfahren soll der Blutdruck am Lebereingang gesenkt und meine Krankheitserscheinungen wie Blutungen aus dem Mund, Aszites usw. verringert oder vermieden werden.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass in manchen Fällen radiologische Eingriffstechniken zur Kontrolle des Pfortaderhochdrucks erwägt werden können, in meinem Fall jedoch die fachliche Auffassung bestehe, die Chirurgie sei die beste Alternative.

### 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 Verdauungsstörungen. Pleuraerguss. Aszites (Bauchwassersucht). Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Leberinsuffizienz oder -koma. Blutungen durch den Verdauungsweg.

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

Diese Operation heilt die Lebererkrankung nicht, sondern versucht nur, deren Symptome unter Kontrolle zu bringen, dementsprechend können weiterhin Komplikationen aufgrund der Lebererkrankung auftreten (Enzephalopathie, Bauchwassersucht, Gelbsucht, Leber- oder Niereninsuffizienz).

### 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 **(PFORTADERHOCHDRUCKOPERATION)** 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 CHOLEZYSTEKTOMIE

### 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 die Gallenblase entfernt werden soll. In manchen Fällen kann es erforderlich werden, während der Operation eine Röntgenaufnahme mit Kontrastmittel zu machen, um das Vorhandensein von Steinen in den Gallenwegen auszuschließen. Sollten dort Steine gefunden werden, wird der Eingriff auf deren Beseitigung ausgedehnt, wobei die Ableitung des Gallenwegs oder die Erweiterung der Mündung des Gallengangs (Sphinkterotomie) erforderlich werden kann.

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 mit diesem Verfahren meine Kolikschmerzen beseitigt, die Lebensmittelverträglichkeit verbessert, Komplikationen wie akute Entzündungen der Gallenblase oder der Bauspeicheldrüse bzw. das Auftreten von Gelbsucht vermieden werden sollen, die in vielen Fällen einen Notfalleingriff erfordern würden.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass es bei meiner Krankheit 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 Operationswunde. Akute Harnverhaltung. Venenentzündung. Vorübergehende Verdauungsstörungen. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Gallenwegsverengung. Gallefistel mit Austritt von Galle, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal weitere Untersuchungen (ERCP und/oder Gallendrainage) erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmfistel. Cholangitis (Infektion der Gallengänge). Gelbsucht. Pankreatitis. Gallengangsteine.

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 dieser Operation wird die Gallenblase 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 CHOLEZYSTEKTOMIE**) 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 CHOLEZYSTEKTOMIE**

### **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 per Laparoskopie die Gallenblase entfernt werden soll. 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.

In manchen Fällen kann es erforderlich werden, während der Operation eine Röntgenaufnahme mit Kontrastmittel zu machen, um das Vorhandensein von Steinen in den Gallenwegen auszuschließen. Sollten dort Steine gefunden werden, wird der Eingriff auf deren Beseitigung ausgedehnt, wobei die Ableitung des Gallenwegs oder die Erweiterung der Mündung des Gallengangs (Sphinkterotomie) erforderlich werden kann.

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 mit diesem Verfahren meine Kolikschmerzen beseitigt, die Lebensmittelverträglichkeit verbessert, Komplikationen wie akute Entzündungen der Gallenblase oder der Bauchspeicheldrüse bzw. das Auftreten von Gelbsucht vermieden werden sollen, die in vielen Fällen einen Notfalleingriff erfordern würden.

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 es bei meiner Krankheit keine wirksame Alternative zur Chirurgie gibt, die jedoch als offene Chirurgie durchgeführt werden kann.

### **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 Verdauungsstörungen. 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: Gallenwegsverengung. Gallefistel mit Austritt von Galle, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal weitere Untersuchungen (ERCP und/oder Gallendrainage) erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmfistel. Cholangitis (Infektion der Gallengänge).

Gelbsucht. Pankreatitis. Gallengangsteine. 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 dieser Operation wird die Gallenblase 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 CHOLEZYSTEKTOMIE)** 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 GALLENWEGSCHIRURGIE**

### **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 bei mir eine Untersuchung des Gallenwegs durchgeführt werden soll, um Grad und Ursache der Obstruktion des Gallenwegs festzustellen und die Gallenblase zu entfernen, insoweit nicht bereits vorher geschehen. Je nach Ursache und Lokalisierung erfolgt dann eine Reinigung, Entfernung oder Drainage des Gallenwegs. In manchen Fällen kann damit eine Leber-, Zwölffingerdarm- oder Pankreasoperation verbunden werden. Muss der Gallenweg entfernt werden, wird er mit einem Stück Dünndarm rekonstruiert. Diese Verfahren beinhalten manchmal die Durchführung einer Anastomose oder die Anlage von Drainagen.

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 Obstruktion oder Infektion des Gallenwegs zu verhüten oder zu beheben.

### **ALTERNATIVEN**

Der Chirurg hat mir erläutert, dass in bestimmten Fällen versucht werden kann, auf endoskopischem oder transhepatischem Weg Steine zu entfernen, Prothesen zu setzen oder den Gallenweg zu dehnen, in meinem Fall bestehe jedoch die fachliche Auffassung, dass die Chirurgie die beste Alternative 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. Akute Harnverhaltung. Venenentzündung. Störungen des Verdauungsrythmus. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Gallefistel, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal weitere Untersuchungen (ERCP und/oder Gallendrainage) erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Gallenwegsverengung. Cholangitis (Gallengangentzündung). 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**

Im Allgemeinen wird die Gallenblase entfernt, es sei denn, das ist bereits vorher geschehen. Wird der Gallenweg entfernt, müssen eine Anastomose durchgeführt und Drainagen gelegt werden.

**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 GALLENWEGSCHIRURGIE**) 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 PANKREASRESEKTION

### 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 über einen Einschnitt in der Bauchdecke ein Teil oder der gesamte Pankreas (Bauchspeicheldrüse) entfernt werden soll. Je nach Lokalisierung der Krankheit kann es u. U. erforderlich werden, den Eingriff auf andere Organe zu erweitern (Gallenblase, Gallenweg, Zwölffingerdarm, Magen, Milz oder andere benachbarte Organe). Danach wird der Verdauungsweg durch chirurgisches Vernähen rekonstruiert.

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, mir den erkrankten Pankreas zu entfernen und Komplikationen zu verhüten (Blutungen, Perforation, Obstruktion, Fistelbildung, Gelbsucht usw.), die einen Notfalleingriff erfordern würden.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, dass die Alternative die Setzung von Prothesen auf endoskopischem oder radiologischem Weg sei, in meinem Fall jedoch die fachliche Auffassung bestehe, dass die Chirurgie die beste Alternative 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. Vorübergehende oder endgültige Verdauungsstörungen. Diabetes, was Insulin oder Antidiabética in oraler Verabreichung erfordert. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Fistel mit Austritt von Pankreasflüssigkeit, Galle oder Darminhalt. Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis). Cholangitis (Gallengangentzündung). Gelbsucht. Wiederauftreten der Krankheit.

Diese Komplikationen sind gewöhnlich durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) zu beheben, wobei manchmal zusätzliche Untersuchungen (ERCP und/oder Drainage) erforderlich werden, 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

Wird der gesamte Pankreas ausgeräumt, verbleibt ein endokrinologisches Defizit, das eine Substitutionsbehandlung erfordert (Insulin und Enzyme der Bauchspeicheldrüse). Wird die Bauchspeicheldrüse nur teilweise entfernt, ist nicht in allen Fällen eine Substitutionsbehandlung erforderlich.

**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 PANKREASRESEKTION**) 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 PANKREASRESEKTION**

### **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 per Laparoskopie ein Teil oder der gesamte Pankreas (Bauchspeicheldrüse) entfernt werden soll. Je nach Lokalisierung der Krankheit kann es u. U. erforderlich werden, den Eingriff auf andere Organe zu erweitern (Gallenblase, Gallenweg, Zwölffingerdarm, Magen, Milz oder andere benachbarte Organe). Danach wird der Verdauungsweg durch chirurgisches Vernähen rekonstruiert.

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, mir den erkrankten Pankreas zu entfernen und Komplikationen zu verhüten (Blutungen, Perforation, Obstruktion, Fistelbildung, Gelbsucht usw.), die einen Notfalleingriff erfordern würden.

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 die Alternative die Setzung von Prothesen auf endoskopischem oder radiologischem Weg sei, in meinem Fall jedoch die fachliche Auffassung bestehe, dass die Chirurgie die beste Alternative 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. Vorübergehende oder endgültige Verdauungsstörungen. Diabetes, was Insulin oder Antidiabética in oraler Verabreichung erfordert. 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. Darmobstruktion. Fistel mit Austritt von Pankreasflüssigkeit, Galle oder Darminhalt. Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis). Cholangitis (Gallengangentzündung). Gelbsucht. 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, wobei manchmal zusätzliche Untersuchungen (ERCP und/oder Drainage) erforderlich werden, es kann jedoch auch ein erneuter Eingriff, im Allgemeinen als Notfallingriff, erforderlich sein. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

**PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE**

.....

**KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS**

Wird der gesamte Pankreas ausgeräumt, verbleibt ein endokrinologisches Defizit, das eine Substitutionsbehandlung erfordert (Insulin und Enzyme der Bauchspeicheldrüse). Wird die Bauchspeicheldrüse nur teilweise entfernt, ist nicht in allen Fällen eine Substitutionsbehandlung erforderlich.

**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 PANKREASRESEKTION**) 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 PANKREASABLEITUNG

### 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 dieser Technik die Pankreassekretionen in ein Segment des Verdauungswegs (Magen, Zwölffingerdarm oder Dünndarm) abgeleitet werden sollen. Danach werden beide Strukturen vernäht. Dieser Eingriff erfolgt über einen Einschnitt in der Bauchdecke. In manchen Fällen muss das Verfahren von einer Ableitung des Hauptgallenwegs und der Entfernung der Gallenblase begleitet werden. Gelegentlich müssen auch andere betroffene Organe entfernt werden. Danach wird der Verdauungsweg durch chirurgisches Vernähen rekonstruiert.

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, meine Krankheitserscheinungen zu beseitigen oder zu lindern und Komplikationen zu verhüten (Blutungen, Schmerzen, Gelbsucht, Obstruktion usw.), die einen Notfalleingriff erfordern würden.

### ALTERNATIVEN

Der Chirurg hat mir erläutert, in meinem Fall bestehe die fachliche Auffassung, dass die Chirurgie die wirksamste Alternative 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. Vorübergehende Verdauungsstörungen. Diabetes, was Insulin oder Antidiabética in oraler Verabreichung erfordert. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Öffnung des Bauchschnitts (Laparotomie). Galle-, Darm- oder Pankreasfistel, die in den meisten Fällen durch medikamentöse Behandlung (Medikamente, Seren usw.) behoben werden kann, jedoch manchmal weitere Untersuchungen (ERCP und/oder Drainage) erfordert. Innere Blutungen oder Infektionen. Darmobstruktion. Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis). Gelbsucht. Cholangitis (Gallengangentzündung).

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**

Nach der Pankreaschirurgie kann ein endokrinologisches und/oder exokrinologisches Defizit verbleiben, das eine Substitutionsbehandlung erfordert (Insulin und Enzyme der Bauchspeicheldrüse).

**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 (**PANKREASABLEITUNG**) 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 BRUCHOPERATION

### 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 ein Bruch (Hernie) eine Schwachstelle in der Bauchdecke ist, durch die in bestimmten Fällen sogar Weichteile oder Organe durchgleiten können. Die Operation besteht darin, einen Einschnitt über oder in der Nähe des Bruchs zu machen, den Inhalt wieder in die Bauchhöhle zurückzuführen und die Schwachstelle zu reparieren. Manchmal muss dazu Prothesenmaterial (Netzgewebe) verwendet werden, um die Schwachstelle sicher zu verstärken.

In ausgewählten Fällen wird diese Operation als ambulanter größerer chirurgischer Eingriff durchgeführt und der Patient kann noch am Tag des Eingriffs entlassen 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 vorhandene Schwachstelle in meiner Bauchdecke zu reparieren, um die Vergrößerung des Bruchs, dadurch verursachte Beschwerden sowie die Abklemmung von Eingeweiden, was zu einer Notfalloperation zwingen würde, zu vermeiden.

### ALTERNATIVEN

Die einzige wirksame Behandlungsmethode zur Korrektur der Hernie ist die Chirurgie.

### 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 oder Flüssigkeitsansammlung an der Operationswunde. Venenentzündung. Akute Harnverhaltung. Hämatom. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Länger anhaltender postoperativer Schmerz wegen Beeinträchtigung von Nerven. Abstoß des synthetischen Netzgewebes. Wiederauftreten des Bruchs. Bei Leistenbrüchen: Hodenentzündung und -atrophie. Gefäßverletzungen.

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 BRUCHOPERATION**) 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 BRUCHOPERATION**

### **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 ein Bruch (Hernie) eine Schwachstelle in der Bauchdecke ist, durch die in bestimmten Fällen sogar Weichteile oder Organe durchgleiten können. Die Operation besteht darin, den Inhalt wieder in die Bauchhöhle zurückzuführen und die Schwachstelle per Laparoskopie zu reparieren. Manchmal muss dazu Prothesenmaterial (Netzgewebe) verwendet werden, um die Schwachstelle sicher zu verstärken.

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.

In ausgewählten Fällen wird diese Operation als ambulanter größerer chirurgischer Eingriff durchgeführt und der Patient kann noch am Tag des Eingriffs entlassen 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 vorhandene Schwachstelle in meiner Bauchdecke zu reparieren, um die Vergrößerung des Bruchs, dadurch verursachte Beschwerden sowie die Abklemmung von Eingeweiden, was zu einer Notfalloperation zwingen würde, zu vermeiden.

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**

Die einzige wirksame Behandlungsmethode zur Korrektur der Hernie ist die Chirurgie, die allerdings als offener Eingriff durchgeführt werden kann.

### **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 oder Flüssigkeitsansammlung an der Operationswunde. Venenentzündung. Akute Harnverhaltung. Hämatom. 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: Länger anhaltender postoperativer Schmerz wegen Beeinträchtigung von Nerven. Abstoß des synthetischen Netzgewebes. Wiederauftreten des Bruchs. Bei Leistenbrüchen: Hodenentzündung und -atrophie. Gefäßverletzungen. 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 BRUCHOPERATION**) 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 EVENTRATIONSOPERATION

### 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 eine Eventration eine Schwachstelle in der Bauchdecke über einem vorher operierten Bereich ist, durch die Eingeweide vortreten, die dann nur von der Haut bedeckt sind. Die Operation besteht in der Reparatur der Schwachstelle durch Verstärkung der Bauchdecke, wozu in den meisten Fällen künstliches Material (Netzgewebe) eingebracht wird. Gelegentlich kann die Resektion eines betroffenen Organs erforderlich sein.

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 vorhandene Schwachstelle in meiner Bauchdecke zu reparieren, um ihre Vergrößerung zu vermeiden und dem Risiko einer Abklemmung von Eingeweiden, was zu einer Notfalloperation zwingen würde, vorzubeugen.

### ALTERNATIVEN

Die einzige wirksame Behandlungsmethode zur Korrektur der Eventration ist die Chirurgie.

### 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 oder Flüssigkeitsansammlung an der Operationswunde. Venenentzündung. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Darmobstruktion. Bei übergewichtigen oder lungenkranken Personen können Atemwegserkrankungen auftreten oder sich verschlimmern. Abstoß des synthetischen Netzgewebes. Wiederauftreten der Eventration.

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 EVENTRATIONSOOPERATION**) 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 EVENTRATIONSOPERATION**

### **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 eine Eventration eine Schwachstelle in der Bauchdecke über einem vorher operierten Bereich ist, durch die Eingeweide vortreten, die dann nur von der Haut bedeckt sind. Die Operation besteht in der Reparatur der Schwachstelle per Laparoskopie, durch Verstärkung der Bauchdecke, wozu in den meisten Fällen künstliches Material (Netzgewebe) eingebracht wird. Gelegentlich kann die Resektion eines betroffenen Organs erforderlich sein.

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 vorhandene Schwachstelle in meiner Bauchdecke zu reparieren, um ihre Vergrößerung zu vermeiden und dem Risiko einer Abklemmung von Eingeweiden, was zu einer Notfalloperation zwingen würde, vorzubeugen.

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**

Die einzige wirksame Behandlungsmethode zur Korrektur der Eventration ist die Chirurgie, die allerdings auch als offener Eingriff durchgeführt werden kann.

### **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 oder Flüssigkeitsansammlung an der Operationswunde. Venenentzündung. 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: Darmobstruktion. Bei übergewichtigen oder lungenkranken Personen können Atemwegserkrankungen auftreten oder sich verschlimmern. Abstoß des synthetischen Netzgewebes. Wiederauftreten der Eventration. 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 EVENTRATIONSOPERATION**) 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: .....

---