

EINWILLIGUNG DES INFORMIERTEN PATIENTEN ZU EINEM CHIRURGISCHEN EINGRIFF AN DEN NEBENSCHILDDRÜSEN

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, durch einen Einschnitt am Hals sollen die Nebenschilddrüsen ganz oder teilweise (eine oder alle) entfernt werden. In bestimmten Fällen, wenn die vollständige Entfernung indiziert ist, kommt eine Autotransplantation von Drüsengewebe oder Kryopräservierung in Betracht. Unter bestimmten Umständen, je nach Lage der Nebenschilddrüsen, ist es erforderlich, einen Teil der Schilddrüse zu entfernen. In seltenen Fällen können nicht alle Drüsen lokalisiert werden, dann ist ein zweiter Eingriff 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 negativen Auswirkungen zu vermeiden, die das übermäßige Wachstum einer oder mehrerer Drüsen auf meinen Organismus haben kann sowie die Kontrolle der Hormonwerte und möglicher Auswirkungen auf benachbarte oder sonstige Organe.

ALTERNATIVEN

Es wäre möglich, die Hormonstörungen auf unbestimmte Dauer medikamentös zu behandeln, nicht jedoch das übermäßige Wachstum der Drüsen und auch nicht ggf. auftretende Beeinträchtigungen benachbarter oder sonstiger Organe. In meinem konkreten Fall besteht die fachliche Auffassung, dass der Eingriff zum gegenwärtigen Zeitpunkt die geeignete therapeutische Maßnahme darstellt und dazu keine wirksame Alternative 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 oder sonstige Beeinträchtigungen bei der Heilung der Operationswunde. Vorübergehende Krämpfe oder Kribbeln in den Händen, die bei Behandlung verschwinden. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Stimme. Vorübergehende Beschwerden beim Schlucken. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Bedeutende Hämatome am Hals, Dauerhafte Beeinträchtigungen der Stimme, dauerhafte Störungen der Nebenschilddrüsen. Rezidivieren 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 seltenen Fällen auch eine Tracheotomie. In Ausnahmefällen kann es zum Tod des Patienten kommen.

PERSÖNLICHE RISIKEN UND SONSTIGE UMSTÄNDE

.....

KONSEQUENZEN DES EINGRIFFS

Mit diesem Eingriff werden bei Ihnen eine oder mehrere Nebenschilddrüsen entfernt und in manchen Fällen kann danach eine medikamentöse Behandlung erforderlich sein.

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 **(NEBENSCHILDDRÜSENCHIRURGIE)** 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 ENTFERNUNG EINER SCHILDDRÜSENGANGZyste

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, durch einen Einschnitt am Hals soll der Schilddrüsenangang völlig ausgeräumt werden. Es handelt sich dabei um einen angeborenen Fehler, bedingt durch Schilddrüsenangewebe aus dem Embryonalstadium. In manchen Fällen kann es dabei notwendig werden, einen Teil des Zungenbeins zu entfernen.

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

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

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

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

THERAPEUTISCHER ZWECK DES VERFAHRENS

Der Chirurg hat mir erläutert, Zweck dieses Verfahrens sei, die negativen Auswirkungen zu vermeiden, die der Verbleib Schilddrüsenangangs verursachen kann, wie Schmerzen, Eitern, Schluckbeschwerden etc.

ALTERNATIVEN

In meinem konkreten Fall besteht die fachliche Auffassung, dass der Eingriff zum gegenwärtigen Zeitpunkt die geeignete therapeutische Maßnahme darstellt und dazu keine wirksame Alternative 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 oder sonstige Beeinträchtigungen bei der Heilung der Operationswunde. Vorübergehende Beschwerden beim Schlucken. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Bedeutende Hämatome am Hals, Wiederauftreten der Zyste.

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 **(ENTFERNUNG EINER SCHILDDRÜSENGANGZYSTEN)** 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 BIOPSIE / ENTFERNUNG EINER HALSGESCHWULST

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, mit diesem Verfahren soll eine Gewebeprobe von der Geschwulst, die ich am Hals habe, genommen bzw. diese, wenn möglich, entfernt werden. Das Verfahren wird durch einen kleinen Einschnitt am Hals vorgenommen, im Allgemeinen über der Geschwulst.

In ausgewählten Fällen ist es möglich, diesen Eingriff als CMA (größeren ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriff) vorzunehmen und der Patient noch am gleichen Tag entlassen wird.

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 histologische Studie, mit der die Ursache der Geschwulst diagnostiziert und eine Behandlungsmethode bestimmt werden soll.

ALTERNATIVEN

In meinem konkreten Fall besteht die fachliche Auffassung, dass der Eingriff zum gegenwärtigen Zeitpunkt die geeignete therapeutische Maßnahme darstellt und dazu keine wirksame Alternative 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 oder sonstige Beeinträchtigungen bei der Heilung der Operationswunde. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Stimme. Vorübergehende Beschwerden beim Schlucken. Venenentzündung. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Bedeutende Hämatome am Hals, Dauerhafte Beeinträchtigungen der Stimme. Größere Infektionen am Hals, Rezidivieren 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 (**BIOPSIE / ENTFERNUNG EINER HALSGESCHWULST**) 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 RADIKALEN MASTEKTOMIE

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, mit diesem Verfahren sollen mir die Brust und die axillären Lymphknoten derselben Seite entfernt werden. In manchen Fällen wird dabei auch der kleine Brustmuskel entfernt und seltener der große.

Gegebenenfalls ist es möglich, dass mir eine Einlage eingesetzt wird, die später die Brustrekonstruktion erleichtert. Manchmal, bei entsprechender Indikation, ist es möglich, eine Sofortrekonstruktion vorzunehmen, das verbessert das kosmetische Ergebnis.

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 kranken Brust, um eine Ausdehnung der Krankheit auf benachbartes oder sonstiges Gewebe zu vermeiden.

ALTERNATIVEN

In meinem konkreten Fall besteht die fachliche Auffassung, dass der Eingriff die wirksamste Alternative ist. Sollte die Resektion nicht akzeptiert werden, können gegebenenfalls palliative Behandlungsmethoden, wie Chemo-, Radio-, Hormontherapie oder eine Kombinationen dieser, erwägt 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 oder sonstige Beeinträchtigungen bei der Heilung der Operationswunde. Flüssigkeitsansammlung in der Wunde. Venenentzündung. Vorübergehendes Ödem im Arm. Sensibilitätsstörungen im Bereich der Wunde. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwere Entzündung der Lymphgefäße des Arms. Wiederauftreten der Krankheit. Schwere Blutungen. Schwierigkeiten beim Bewegen der Schulter und des Arms aufgrund von Verletzungen an Nerven in diesem Bereich.

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

Durch die Entfernung der ganzen Brust verändert sich die Anatomie dieses Körperbereichs.

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 **(RADIKALE MASEKTOMIE)** 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 SUBKUTANEN MASTEKTOMIE

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, mit diesem Verfahren soll mir das gesamte oder Teile des Brustgewebes entfernt werden, erhalten bleiben die Haut und manchmal der Bereich der Brustwarze und des Warzenhofes.

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

Manchmal, bei entsprechender Indikation, ist es möglich, dass mir eine Einlage eingesetzt wird, die später die kosmetische Brustrekonstruktion erleichtert.

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, mit diesem Verfahren soll das gesamte oder ein großer Teil des Brustgewebes entfernt werden, um das Risiko künftiger Erkrankungen bzw. deren Ausmaß zu verringern.

ALTERNATIVEN

In meinem konkreten Fall besteht die fachliche Auffassung, dass der Eingriff die wirksamste Alternative 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 oder sonstige Beeinträchtigungen bei der Heilung der Operationswunde. Flüssigkeitsansammlung in der Wunde. Venenentzündung. Sensibilitätsstörungen im Bereich der Wunde. Veränderung der Brustanatomie. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Wiederauftreten der Krankheit. Schwere Blutungen. Nekrose der Brusthaut bzw. der Brustwarze und des Warzenhofs.

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

In manchen Fällen verändert sich die Brustanatomie.

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 (**SUBKUTANE MASEKTOMIE**) 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 BRUSTERHALTENDEN 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, mit diesem Verfahren soll mir die Brustlesion mit einem Rand gesunden Gewebes sowie der axillären Lymphknoten entfernt werden. Während der Operation wird eine histologische Studie zur Beurteilung der Schnittländer durchgeführt, d. h., sollten diese ebenfalls von der Krankheit befallen sein, kann die Entfernung der ganzen Brust beim selben Eingriff oder später (in einem weiteren Eingriff), unter Berücksichtigung der Ergebnisse weiterer Untersuchungen, erforderlich werden.

Sollte die ganze Brust entfernt werden, kann mir gegebenenfalls eine Einlage eingesetzt werden, die später die kosmetische Brustrekonstruktion erleichtert.

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, mit diesem Verfahren soll meine Lesion entfernt werden, um das Risiko des Übergreifens auf benachbartes oder sonstiges Gewebe zu verhindern.

ALTERNATIVEN

In meinem konkreten Fall besteht die fachliche Auffassung, dass der Eingriff die wirksamste Alternative ist. Daneben besteht die Alternative der Entfernung der ganzen Brust. Sollte die Resektion nicht akzeptiert werden, können gegebenenfalls palliative Behandlungsmethoden, wie Chemo-, Radio-, Hormontherapie oder eine Kombinationen dieser, erwägt 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 oder sonstige Beeinträchtigungen bei der Heilung der Operationswunde. Flüssigkeitsansammlung in der Wunde. Venenentzündung. Vorübergehendes Ödem am Arm. Sensibilitätsstörungen im Bereich der Wunde. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs und vorübergehende Schwierigkeiten beim Bewegen des Arms.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwere Entzündung der Lymphgefäße des Arms. Schwere Blutungen. Schwierigkeiten beim Bewegen der Schulter und des Arms. 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

In manchen Fällen verändert sich die Brustanatomie.

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 **(BRUSTERHALTENDE 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 TUMOREKTOMIE DER BRUST

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, mit diesem Verfahren soll mir die Brustlesion entfernt werden. Das Ergebnis der histologischen Studie, die bei oder nach der Operation durchgeführt wird, kann ggf. die Notwendigkeit aufzeigen, die Resektion auf die axillären Lymphknoten bzw. einen Teil oder die ganze Brust auszudehnen.

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

Sollte die ganze Brust entfernt werden, kann mir gegebenenfalls eine Einlage eingesetzt werden, die später die kosmetische Brustrekonstruktion erleichtert.

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, mit diesem Verfahren soll meine Lesion in der Brust entfernt werden, um sie einer histologischen Untersuchung zu unterziehen und ihr Wachstum zu verhindern.

ALTERNATIVEN

In meinem konkreten Fall besteht die fachliche Auffassung, dass der Eingriff die wirksamste Alternative ist, angesichts der Notwendigkeit, eine exakte Diagnose zu stellen.

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 sonstige Beeinträchtigungen bei der Heilung der Operationswunde. Flüssigkeitsansammlung in der Wunde. Venenentzündung. Vorübergehendes Ödem am Arm. Sensibilitätsstörungen im Bereich der Wunde. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwere Entzündung der Lymphgefäße des Arms. Schwere Blutungen. Schwierigkeiten beim Bewegen der Schulter und des Arms. 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

In manchen Fällen verändert sich die Brustanatomie.

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 **(TUMOREKTOMIE DER BRUST)** 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 BRUSTBIOPSIE MIT CLIP

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, mit diesem Verfahren soll eine in meiner Brust vorhandene Lesion mit radiologischen Methoden exakt lokalisiert werden. In der Röntgenabteilung wird sie dann mit einem Clip markiert, um sie später im OP zu entfernen, die Resektion der kompletten Lesion wird röntgenologisch überprüft.

Das Ergebnis der histologischen Studie, die bei oder nach der Operation durchgeführt wird, kann ggf. die Notwendigkeit aufzeigen, die Resektion auf die axillären Lymphknoten bzw. einen Teil oder die ganze Brust auszudehnen.

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

Sollte die ganze Brust entfernt werden, kann mir gegebenenfalls eine Einlage eingesetzt werden, die später die kosmetische Brustrekonstruktion erleichtert.

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, mit diesem Verfahren soll meine Lesion in der Brust entfernt werden, um sie einer kompletten histologischen Untersuchung zu unterziehen und ihr Wachstum zu verhindern.

ALTERNATIVEN

In meinem konkreten Fall besteht die fachliche Auffassung, dass der Eingriff die wirksamste Alternative ist, angesichts der Notwendigkeit, eine exakte Diagnose zu stellen und die Lesion nicht durch andere Maßnahmen lokalisiert 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 sonstige Beeinträchtigungen bei der Heilung der Operationswunde. Flüssigkeitsansammlung in der Wunde. Venenentzündung. Vorübergehendes Ödem am Arm. Sensibilitätsstörungen im Bereich der Wunde. Reduzierung des Brustvolumens. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwere Entzündung der Lymphgefäße des Arms. Wiederauftreten der Krankheit. Schwere Blutungen. Schwierigkeiten beim Bewegen der Schulter und des Arms.

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

In manchen Fällen verändert sich die Brustanatomie.

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 **(BRUSTBIOPSIE MIT CLIP)** 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 AXILLÄREN LYMPHADENEKTOMIE

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, mit diesem Verfahren sollen mir die axillären Lymphknoten entfernt werden, um daran eine komplette histologische Studie durchzuführen.

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, mit diesem Verfahren sollen mir die axillären Lymphknoten entfernt werden, um daran eine komplette histologische Studie durchzuführen, mit dem Ziel das Übergreifen der Krankheit auf benachbartes oder sonstiges Gewebe zu verhindern.

ALTERNATIVEN

In meinem konkreten Fall besteht die fachliche Auffassung, dass der Eingriff die wirksamste Alternative ist.

Sollte die Resektion nicht akzeptiert werden, können gegebenenfalls palliative Behandlungsmethoden, wie Chemo-, Radio-, Hormontherapie oder eine Kombinationen dieser, erwägt 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 oder sonstige Beeinträchtigungen bei der Heilung der Operationswunde. Flüssigkeitsansammlung in der Wunde. Venenentzündung. Vorübergehendes Ödem am Arm. Sensibilitätsstörungen im Bereich der Wunde. Länger anhaltender Schmerz im Bereich des Eingriffs.

Schwerwiegende und seltene Risiken: Schwere Entzündung der Lymphgefäße des Arms. Wiederauftreten der Krankheit. Schwere Blutungen. Schwierigkeiten beim Bewegen der Schulter und des Arms durch Verletzung von Nerven in diesem Bereich.

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 **(AXILLÄRE LYMPHADENEKTOMIE)** 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: