



EINVERSTÄNDNIS- ERKLÄRUNG FÜR PATIENTEN

Information für Ärzte der chirurgischen Abteilung

Jeder Patient, der sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen muss, muss unbedingt das Einverständnisformular ausgefüllt und unterzeichnet haben.

Patienten, die zu einer präoperativen Konsultation erscheinen

- Der leitende Chirurg übergibt dem Patienten bei der präoperativen Konsultation nach der notwendigen Aufklärung das nachfolgende Dokument „Einverständniserklärung“ und bittet ihn, es bei seiner Aufnahme zur Operation unterschrieben mitzubringen.
- Der Assistenzarzt der Station prüft vor dem chirurgischen Eingriff, ob die Einverständniserklärung unterschrieben und im Patientendossier abgelegt ist.
- Die unterschriebene Einverständniserklärung wird in das Dossier des Patienten abgelegt.

Patienten, die einer Notfalloperation unterzogen werden

Die Einverständniserklärung wird zu dem Zeitpunkt eingeholt und unterschrieben, wo der leitende Chirurg den Patienten aufklärt. Sie wird anschliessend im Patientendossier abgelegt.

Prof. Vincent Bettschart
Chef des Departements für
Chirurgie des Spitalzentrums
Mittelwallis
Leitender Arzt

Wird dem Patienten ausgehändigt

PATIENTENETIQUETT

In diesem Text werden als chirurgische Eingriffe bezeichnet:

- ☞ Ein chirurgischer Eingriff;
- ☞ Ein therapeutisches Verfahren;
- ☞ Ein diagnostisches Verfahren;
- ☞ Eine Anästhesie.

1. Symptome oder Beschwerden:

2. Diagnose:

3. Chirurgischer Eingriff (kurze Beschreibung)

**SIE KÖNNEN EINEN GESAMTEN ABSCHNITT ODER TEIL EINES ABSCHNITTES
STREICHEN, FÜR DEN SIE IHR EINVERSTÄNDNIS NICHT GEBEN MÖCHTEN**

Der Operateur erläutert Ihnen den Eingriff und kann Ihnen auf Wunsch eine Skizze geben.

4. Hiermit autorisiere ich _____ (Name, Vorname des Patienten), geboren am _____, den von der Abteilung für Chirurgie des Spitalzentrums Mittelwallis beauftragten Arzt, den in Ziffer 3 bezeichneten Eingriff vorzunehmen.



EINVERSTÄNDNIS- ERKLÄRUNG FÜR PATIENTEN

5. Ich bestätige, dass Dr. _____ mich über Art und Zweck des chirurgischen Eingriffes aufgeklärt hat. Ich wurde ausserdem über Nutzen, Risiken und mögliche Komplikationen sowie mögliche Alternativen zum vorgeschlagenen chirurgischen Eingriff informiert. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und alle meine Fragen wurden beantwortet.
6. Ich bin mit der Gabe einer Anästhesie/Sedierung/Analgesie einverstanden, sofern diese für notwendig befunden wird und unter der Leitung eines autorisierten Arztes erfolgt. Sofern es sich um eine Lokalanästhesie handelt, wurde ich über die möglichen Risiken, Folgen und Alternativen im Zusammenhang mit der Verabreichung dieser Medikamente durch den in Ziffer 5 bezeichneten Arzt informiert. Die Aufklärung über jede andere Anästhesie erfolgt durch den Anästhesisten.
7. Mir ist bewusst, dass während dieses chirurgischen Eingriffes eine unerwartete Situation eintreten kann, die eine andere Vorgehensweise erfordert, als die ursprünglich geplante und besprochene. Ich stimme für diesen Fall im Rahmen der vorgesehenen Operation der Durchführung einer zusätzlichen chirurgischen Massnahme zu, die der Chirurg für notwendig erachtet.
8. Ausserdem stimme ich der Transfusion von Blut oder Blutderivaten zu, wenn diese vom Arzt oder seinen Kollegen/Assistenten für notwendig befunden wird. Mir wurde der Nutzen und mögliche alternative Behandlungen erläutert sowie die möglichen Risiken und Folgen.
9. Ausserdem autorisiere ich das Einsetzen von Fremdmaterial (Prothese; z. B. Filetlappenplastik), wenn der Arzt dies bei dem chirurgischen Eingriff für notwendig erachtet. Ich bestätige, zu diesem Thema eine Information über die damit verbundenen Risiken und Alternativen erhalten zu haben.
10. Jedes operativ entnommene Organ/Gewebe/Implantat kann im Einklang mit den autorisierten Praktiken vom Spital aus medizinischen Gründen, zu Forschungs- oder Lehrzwecken untersucht, bereitgestellt und verwendet werden.
11. Ich bin mit der Aufnahme von Fotos, Videos und oder Fernseh Bildern über eine interne Schaltung aus medizinischen oder wissenschaftlichen Gründen oder zu Schulungszwecken sowie der Veröffentlichung des durchgeführten chirurgischen Eingriffes einverstanden, sofern meine Identität nicht bekannt gegeben wird und man mich nicht erkennen kann.
12. Ausserdem bin ich damit einverstanden, dass Ärzte in der Ausbildung im Operationsaal eingelassen werden dürfen.
13. Ich bin damit einverstanden, dass der Vertreter eines Medizintechnikunternehmens ebenfalls während des chirurgischen Eingriffes anwesend sein und technische Hilfe leisten kann.
14. Ich bestätige, dass ich die in diesem Dokument erläuterten Informationen gelesen und vollständig verstanden habe. Mir ist bewusst und ich akzeptiere, dass mir hinsichtlich des erwarteten Ergebnisses des chirurgischen Eingriffes keine Garantie gegeben werden kann.
15. Ich bin über eventuelle Pläne zu Pflege und möglichen Behandlungen nach der Operation informiert worden. Ich bin ausserdem über mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen dieser Massnahmen/Behandlungen informiert worden.

16. Anmerkungen des Patienten:

17. Anmerkungen des Chirurgen:

18. Ich bestätige, dass alle freien Felder dieses Formulars (Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 16 und 17) ausgefüllt wurden, bevor ich es unterschreibe.

Unterschrift des Patienten _____

Unterschrift des gesetzlichen oder therapeutischen Vertreters* _____

Name (in Grossbuchstaben): _____ Datum: _____

*** Ausser in Notfällen und bei mangelnder Urteilsfähigkeit muss die Unterschrift des Patienten eingeholt werden**

Hiermit bestätige ich, Dr. _____ (Name, Vorname, Grossbuchstaben), dass ich über Wesen, Zweck, Nutzen, Risiken und Alternativen zum chirurgischen Eingriff bzw. diagnostischen Verfahren bzw. Anästhesie aufgeklärt habe.

Ich bestätige ausserdem, dem Patienten die Möglichkeit gegeben zu haben, alle gewünschten Fragen zu stellen und diese vollständig beantwortet zu haben. Ich bin der Auffassung, dass der Patient/gesetzliche oder therapeutische Vertreter meine Erläuterungen verstanden hat.

Datum _____ Arzt (Unterschrift): _____

DIESES DOKUMENT IST INTEGRALER BESTANDTEIL DER KRANKENAKTE DES PATIENTEN