

### Dokumentation der Aufklärung und der Einwilligung

#### Vermerke der Ärztin/des Arztes zum Aufklärungsgespräch

Name \_\_\_\_\_

Erörtert wurden z.B.: Notwendigkeit/Dringlichkeit des Eingriffs, Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile der Operationsmethoden, mögliche Eingriffserweiterungen oder -änderungen (z.B. Umsteigen von der laparoskopischen auf die offene Methode), Risiken und mögliche Komplikationen, risikoerhöhende Besonderheiten, mögliche Neben- und Folgeeingriffe, Erfolgsaussichten, Verhaltenshinweise vor und nach dem Eingriff sowie (bitte hier v.a. individuelle Gesprächsinhalte wie z.B. die Ablehnung einzelner Maßnahmen, Feststellung der Einsichtsfähigkeit Minderjähriger, gesetzliche Vertretung, Betreuungsfall, Bevollmächtigter und ggf. spezielle Vermerke sowie die Gesprächsdauer dokumentieren):

mesures Trichloroac zu Hause  
↳ Gastrotomie  
↳ kein Capatelsyndrom ±

↳ Prüfung über sonst. Komplikationen  
hinichtlich

↳ stat. Aufklärung

archiviert  
22. Nov. 2019  
LKH-Univ.-Klinikum Graz

Folgender Eingriff ist vorgesehen:

- Ileusoperation mittels **Bauchschnitt** (Laparotomie)
- Ileusoperation mittels **Bauchspiegelung** (Laparoskopie)

Besonderheiten bitte ergänzen

Vorgesehener Operationstermin: \_\_\_\_\_ Datum

#### Nur im Fall einer Ablehnung

Ich willige in den vorgeschlagenen Eingriff nicht ein. Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, verstanden und wurde nachdrücklich darüber aufgeklärt, dass ohne Operation die gezielte Behandlung der Erkrankung erheblich erschwert oder sogar unmöglich werden kann mit entsprechender akuter Gefahr für Leib und Leben.

Ort, Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_

Patientin/Patient/Eltern\* \_\_\_\_\_

ggf. Zeuge \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

#### Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

**Ich willige in den vorgeschlagenen Eingriff ein.**

Mit der Schmerzbetäubung, mit unvorhersehbaren, sich erst während des Eingriffs als medizinisch notwendig erweisenden Änderungen oder Erweiterungen des geplanten Verfahrens (insbesondere das Umsteigen von der laparoskopischen auf die offene Methode) sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden.

Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Ort, Datum, Uhrzeit \_\_\_\_\_

Patientin/Patient/Eltern \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt. Bei schwereren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Eltern unterschreiben. Einsichtsfähige Patienten sollten mit unterschreiben.