



Einwilligung in eine operative Nasenkorrektur (ÄsthOpG)

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

Sie haben sich nach der gesetzlich vorgeschriebenen Bedenkzeit endgültig dazu entschlossen, eine operative Nasenkorrektur vornehmen zu lassen. Vorliegend erteilen Sie die Einwilligung in den Eingriff und weitere Folge- und Nebenmaßnahmen.

Arztanmerkungen

ggf. Anmerkung des Arztes zur Operationsfähigkeit oder relevante Veränderungen nach der Aufklärung:

Erklärung der Patientin/des Patienten/der Eltern

(Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Über den geplanten Eingriff, eine operative Nasenkorrektur sowie evtl. erforderliche Erweiterungsmaßnahmen hat mich die Ärztin/der Arzt _____ in dem Aufklärungsgespräch am _____ unter Verwendung des Aufklärungsbogens „Operative Nasenkorrektur (AT_PO 4)“ ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen, insbesondere zu Wesen, Bedeutung und Tragweite des Eingriffes, Risiken und möglichen Komplikationen, Neben- und Folgemaßnahmen und ihren Risiken, möglichen Eingriffserweiterungen, Erfolgsaussichten, Behandlungsalternativen, Verhaltenshinweisen, Kosten sowie zur Arbeitsunfähigkeit stellen. Eine Kopie des Aufklärungsbogens habe ich nach dem Gespräch erhalten und konnte während der Bedenkzeit die dortigen Informationen nochmals nachlesen.
- Ich willige ein, dass der Arzt Fotos von mir anfertigt, die den Status vor dem Eingriff und das Ergebnis des Eingriffes dokumentieren. Sofern das Operationsergebnis vorab fototechnisch simuliert wird, ist mir bewusst, dass das tatsächliche Ergebnis vom simulierten abweichen kann.
- Ich willige ein, dass meine Patientendaten elektronisch gespeichert und für wissenschaftliche Auswertungen herangezogen werden.
- Mir ist bewusst, dass ich nach dem Eingriff am Operationstag nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf. Wird der Eingriff ambulant durchgeführt, Sorge ich für eine ständige Aufsicht in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff.
- Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit in die geplante Operation **ein**. Mit unvorhersehbaren, sich während des Eingriffes als medizinisch notwendig erweisenden Erweiterungen, Neben- und Folgemaßnahmen bin ich ebenfalls einverstanden.

Eine Kopie der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin/Patient/Eltern*

Ärztin/Arzt

* Bei Patientinnen/Patienten, die das 16. Lebensjahr vollendet, das 18. Lebensjahr aber noch nicht vollendet haben, müssen neben der Patientin/dem Patienten alle Erziehungsberechtigten die Einwilligungserklärung unterzeichnen. Ist in Folge einer psychischen oder geistigen Erkrankung der Patientin/des Patienten zur Vertretung bei medizinischen Behandlungen ein Sachwalter bestellt und ist die Patientin/der Patient nicht einsichts- und urteilsfähig, muss anstelle der Patientin/des Patienten der Sachwalter die Einwilligungserklärung unterzeichnen.