

**EINWILLIGUNGSFORMULAR
für einen ärztlichen Eingriff**

 Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
 Kommissarischer Direktor:
 Dr. med. Martin Schwind

Liebe/r, liebe Eltern !

Der Name des Sie aufklärenden Arztes ist:

Wir schlagen Ihnen bei Ihrem Kind: folgende Operation /

folgenden Eingriff vor:

.....

.....

Die von uns vorgeschlagene Operation / den von uns vorgeschlagenen Eingriff können wir nur durchführen, wenn Sie uns bitte folgendes mit Ihrer Unterschrift bestätigen:

Wir sind darüber unterrichtet worden, dass die o.g. Operation oder Maßnahme bei unserem Kind vorgenommen werden soll. Über die Art, den Zweck, den technischen Vorgang und die Notwendigkeit des Eingriffes sowie seine wesentlichen Vor- und Nachteile, Risiken – auch im Vergleich zu anderen Methoden – sind wir ausreichend informiert und mit dem Eingriff einverstanden. Den Aufklärungsbogen haben wir gelesen und verstanden. Wir konnten alle uns noch interessierenden Fragen stellen. Unsere Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Uns ist bekannt, dass sich unter Umständen erst während des Eingriffes eine Erweiterung oder Änderung der geplanten Maßnahmen als notwendig herausstellen kann, die in jedem Einzelfall genauestens abgewogen werden. Die den Eingriff durchführenden Ärzte werden versuchen, uns, falls dies erforderlich wird, während der Operation über den Verlauf oder eine Verlaufsänderung zu informieren. Falls zusätzliche Maßnahmen bei unserem Kind notwendig werden, erklären wir uns mit diesen ebenfalls einverstanden.

Folgende besonderen Probleme kamen bei uns ausführlich zur Sprache:

.....

.....

.....

Wir versichern, dass wir alle uns bekannten Leiden und Beschwerden sowie Voroperationen unseres Kindes genannt haben. Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurden wir informiert. Uns ist auch bekannt, dass wir die Einwilligung widerrufen können. Wir sind darüber informiert, dass sich bei Operationen die Notwendigkeit der Gabe einer Bluttransfusion ergeben kann und dass eine Transfusion nur dann durchgeführt wird, wenn der Chirurg oder der Anästhesist dies aufgrund ihrer medizinischen Erfahrung für unerlässlich halten. Uns wurde erklärt, dass von der Transfusionszentrale alle nur erdenklichen medizinischen Sicherheitsvorkehrungen getroffen wurden, dass aber dennoch ein Restrisiko hinsichtlich einer Infektion nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Bei Stichverletzungen des Personals sind Sie mit einer Blutuntersuchung Ihres Kindes einverstanden.

 Ich bin/wir sind mit einer eventuellen Bluttransfusion in den oben genannten Fällen einverstanden

 Initialien

Operative Eingriffe werden im Rahmen unseres universitären Auftrages an unserer Klinik zur Dokumentation, zur Ausbildung, oder zur Forschung fotografisch oder videoteknisch aufgezeichnet.

 Ich bin/wir sind mit einer Aufzeichnung zu den genannten Zwecken einverstanden.

 Initialien

 Ich habe / wir haben eine Kopie dieses Einwilligungsfomulars erhalten.

Mainz, den

.....

Eltern / Patient

.....

Arzt



001016002