PRAXIS: _____

Einwilligung in eine Behandlung

Mit diesem Bogen halten wir fest, dass wir mit Ihnen über die geplante Maßnahme gesprochen haben und wie Sie sich entschieden haben. Bitte lesen Sie ihn in Ruhe und fragen Sie nach, wenn etwas unklar ist. Sie können sich auch Bedenkzeit nehmen und später entscheiden.

Stammdaten

Diese Angaben werden zur eindeutigen Zuordnung benötigt.

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

TT.MM.JJJJ

Geplante Maßnahme

Bezeichnung der Untersuchung, Behandlung oder des Eingriffs

Geplanter Termin

TT.MM.JJJJ

Aufklärungsgespräch

Das Gespräch führte (Name der Ärztin oder des Arztes)

Datum des Gesprächs

TT.MM.JJJJ

Im Gespräch wurde erläutert

- ☐ Art, Umfang und Durchführung der Maßnahme
- ☐ Zu erwartende Folgen und Risiken
- ☐ Notwendigkeit und Dringlichkeit
- ☐ Eignung und Erfolgsaussichten
- ☐ Alternativen zur Maßnahme
- ☐ Verhalten vor und nach der Maßnahme

Ergänzend ausgehändigte Unterlagen (z. B. Aufklärungsbogen)

Besprochene Fragen und besondere Punkte

Ihre Entscheidung

- [ ] Ich habe die Aufklärung verstanden. Meine Fragen wurden beantwortet.

Meine Entscheidung

- [ ] Ich willige in die geplante Maßnahme ein.
- [ ] Ich lehne die geplante Maßnahme ab.

Einschränkungen oder Ergänzungen meiner Einwilligung

Nur bei Vertretung

Auszufüllen, wenn nicht die Patientin oder der Patient selbst einwilligt.

Name der einwilligenden Person

Die Person willigt ein als

- [ ] Sorgeberechtigte*r
- [ ] Betreuer*in
- [ ] Bevollmächtigte*r

Für die Praxis

Unterschrift der aufklärenden Ärztin oder des aufklärenden Arztes

Unterschrift

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen kann (§ 630d Abs. 3 BGB). Eine Abschrift dieses Bogens erhalte ich ausgehändigt.