

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGSFORMULAR FÜR DEN TRANSFUSION VON BLUT UND BLUTBESTANDTEILEN

Vor- und Familienname des Patienten:

Protokoll-Nr.:

☐

ICH MÖCHTE NICHT DARÜBER BELEHRT WERDEN.

Mein Arzt/ Der Arzt meines Patienten hat mir mitgeteilt, dass die Transfusion von Blut und Blutbestandteilen zu bedeutenden Besserung oder positiven Änderungen führen kann.

Blut und Blutbestandteile (zusätzlich befreit vom Leukozyt, bestrahlt, gewaschen) können;

- Vollblut
- Eritrozytsuspension,
- Frisch gefrorenes Plasma,
- Thrombozyt Suspension oder Cryoprezipitat sein.

Die Vorteile und Risiken dieses Transplantationsverfahrens und alternative Behandlungen wurden mir erläutert. Obwohl Blut und Blutbestandteile nach gesetzlichen und wissenschaftlichen Regeln hergestellt und getestet werden, können sie bei mir/dem Patienten unvorhersehbare immunologische, allergische, mikrobielle, physikalische oder chemische Transportreaktionen auslösen; obwohl diese Reaktionen normalerweise leicht oder mittelschwer sind, können sie auch selten lebensbedrohlich werden; Ich habe gelernt, dass diese Reaktionen trotz erfolgreicher Behandlungsversuche tödlich sein können, selbst wenn mir mein eigenes Blut gegeben wird. Auch wenn mit den modernsten Methoden getestet wird, weiß ich, dass manche Viren (wie AIDS, Hepatitis-Viren; Hepatitis B, Hepatitis C) selten durch Transfusion von Blut und Blutbestandteilen übertragen werden können, und dementsprechend besteht die Möglichkeit, dass sich Monate oder Jahre später eine Infektion entwickeln kann.

Ich hatte die Gelegenheit, Fragen nach Transfusionsvorgängen von Blut und Blutbestandteilen zu stellen. Diese von mir erteilte „Informations-Einwilligung“ gilt bis zu meiner Entlassung aus dem Krankenhaus (***).

Ich/mein Patient wurde über die Transfusion von Blut und Blutbestandteilen belehrt, die Niedergeschriebenen/Übertragenen Informationen habe ich verstanden.

☐

ICH WILLIGE EIN

☐

ICH WILLIGE NICHT EIN

Datum:

Vor- und Familienname des

Unterschrift:

Patienten/Verwandten:

Vor-/Familienname des Zeugen:

Unterschrift:

Krankenschwester/ Arzt:

Vor-/Familienname des Arztes:

Unterschrift:

ERLÄUTERUNGEN:

- * Falls der Patient über 18 Jahre ist und der Bewusstsein offen ist, hat er das Formular selbst einzuwilligen. Andernfalls erfolgt diese Einwilligung durch den Verwandten des Patienten Ersten Grades (Mutter, Vater, Bruder/Schwester, Ehegatte, Kind).
- ** In Fällen, wo der Patient keine Belehrung in Anspruch nehmen möchte, muss er mit eigener Schrift unter dieses Formular angeben und unterschreiben, dass er „nicht informiert werden will.“
- *** Der Patient/Der Verwandte des Patienten hat das Recht, jederzeit die Einwilligung der Transfusion von Blut und Blutbestandteilen zurückzunehmen. In solchen Fällen hat er ein neues Formular zu unterschreiben.