	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-386 Yayın Tarihi :13.08.2021
	AUFNAHME UND STATIONIERUNGSEINWILLIGUNGSFORMULAR DES PATIENTEN	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/4


Vor- und Familienname:..... **Türkische ID-Nr. :**.....
Geschlecht/Alter:..... **Protokoll-Nr. :**.....
Aufnahmeart: **Aufnahmedatum/-Uhrzeit:**
Beruf: **Zivilstand:**
Adresse:
.....
Festnetz: **Mobil:**
Telefon des Verwandten: (Falls in Notfällen nicht erreichbar):
Patient stationiert in der Abteilung:
Stationierender Arzt:
Diagnose des Patienten:

1- Ich ermächtige hiermit die Ärzte, Krankenschwestern sowie das sonstige Gesundheitspersonal, unter der Zuständigkeit, Aufsicht und Methode des Arztes mich im Krankenhaus zu stationieren und die entsprechenden, erforderlichen diagnostischen- und medizinischen Behandlungen bezüglich meiner Krankheit einzuführen. Über die Ziele der diagnostischen Verfahren und Behandlungswege, den alternativen Behandlungsmethoden, die möglichen Risiken sowie Komplikationen wurde ich aufgeklärt und meine Fragen wurden beantwortet.

2- Ich/Wir,, ermächtigen hiermit ohne irgendwelchen Druck und Zielführung, rein mit freiem Willen Dr. zur Auswertung meiner Beschwerden als Grund meines/unseres Antrags, gegebenenfalls zur Durchführung der Untersuchungen und Analysen ohne Unterstellung von Einschränkungen, Erzielung der Ergebnisse und die für nötig gehaltenen Anwendungen einzuführen und beantragen hiermit die Durchführung dieser Anwendungen.

3- Mein Arzt, Dr. hat mich/uns über meinen Gesundheitszustand/den Gesundheitszustand unseres Patienten darüber aufgeklärt, dass es sich hierbei um eine Beschwerde handelt, die als gelten kann und hat mich über die Aussagen, die in diesem Beleg in 15 Artikeln viel ausführlicher dargestellt sind, gefragt, was meine Krankheit ist, was die Gründe dafür sind, auf welcher Häufigkeit die Wahrscheinlichkeit meiner Krankheit liegt, was für die Diagnose und Behandlung zu machen ist und über die Behandlungsalternativen, sowohl während der Diagnose, als auch den Behandlungsprozessen zu erwartenden oder nicht zu erwartenden, mehr oder weniger als gefährlich geltenden Möglichkeiten aufgeklärt und mich gefragt, ob ich/wir diesen Prozess bewilligen oder nicht. Ich habe/Wir haben mit freiem Willen und Antrag verstanden, dass diese Resultate auftreten können, bin mir/sind uns darüber bewusst und akzeptieren diese.

4- Beim ersten Antrag wurde ich mir darüber bewusst, dass zusätzlich zu meinem Gesundheitszustand/ zum Gesundheitszustand unseres Patienten durch das Krankenhaus/den Arzt und sonstigem Medizinpersonal diverse Diagnosen erstellt werden können, außer meinem zuvor geplanten Diagnose und Behandlungsanwendungen, sogar durch unterschiedliche Kliniken und Disziplinen wiederum unterschiedliche Prozesse durchgeführt werden können,

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-386 Yayın Tarihi :13.08.2021
	AUFNAHME UND STATIONIERUNGSEINWILLIGUNGSFORMULAR DES PATIENTEN	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :2/4

gegebenenfalls ohne Bedarf an einer zusätzlichen Bewilligung meine Behandlung/die Behandlung unseres Patienten teilweise oder völlig unter Bedingungen der Intensivstation, sogar angebunden zur Lebenserhaltungseinheit mein Leben weiterführen kann; habe/haben es verstanden, erkenne/erkennen es an und beantrage/beantragen es hiermit.

5- Ich bin mir/Wir sind uns darüber bewusst, dass als ein Teil und vollumfänglich diese Anwendungen dieses Blut und die Blutprodukte benutzt werden können, bezüglich dieser Anwendung im Zusammenhang mit dem Abbruch im Anschluss auf Fieber, Blut und Reaktionen, Schock, Niereninsuffizienz, Knochenmarkinsuffizienz ernste Folgen, einschließlich Gelbsucht und AIDS, in der frühen oder späten Phase das Risiko ansteckender Krankheiten besteht; habe/haben es verstanden, erkenne/erkennen es an und beantrage/beantragen es hiermit.


6- Ferner bin ich mir/sind wir uns darüber bewusst, dass als ein Teil und vollumfänglich intravenös (intravenös) eingeführt werden kann, dass zur Folge einer Anwendung beim Eindringen der Spritze sowie nach dem Vorgang an der Stelle des durchgeführten Vorgangs blaue Flecken, das Rausdringen der Spritze außerhalb des Gefäßes, die Ansammlung des Medikaments unter der Haut und in den Strukturen um das Gefäß, Entwicklung von Schmerzen, Rötungen, Schwellungen entlang des Gefäßes zur Folge des Auffangens von Bakterien, Gefäßentzündung oder Entwicklung von Gerinnungen, das Eindringen der Spritze in die Arterie, das gefäßinterne Eindringen von Luft und Entstehung von Embolie, Allergie gegen das angewandte Medikament oder Entstehen vom allergischen Schock der Fall sein kann; mit dem Bewusstsein, dass diese Anwendung zusätzlich zu den allgemeinen Komplikationen Risiken und Gefahren beinhalten kann, willige ich/willigen wir der Vorgang ein.

7- Als gänzlich oder ein Teil der Anwendungen bin ich mir/sind wir uns darüber bewusst, dass in meinen Körper/in den Körper unseres Patienten, aus einer anderen Stelle des Körpers Organ oder Gewebeteile entnommen werden können oder außerhalb des Körpers vorläufig oder dauerhaft Metalle, Kunststoff u.ä. fremde chirurgische Materialien/Stoffe eingesetzt werden können, infizieren können oder die zu erwartenden Funktionen nicht darlegen können oder die vom Körper abgelehnt werden können, deren Herausnahem bedürfen können und dafür separate Operationen erforderlich werden können; in der Auffassung, dass diese Anwendungen zusätzlich zu den allgemeinen Komplikationen Risiken und Gefahren beinhalten können, willige ich/willigen wir ein.

8- Ich wurde darüber belehrt, dass die durchzuführenden Anwendungen bezüglich meiner Gesundheit/der Gesundheit unseres Patienten sämtliche Pathologien/ Krankheiten nicht diagnostiziert werden können, für jegliche Krankheiten oder pathologischen Zustand von mir/meines Patienten, die durch das Krankenhaus und Ärzte mein Antrag eingeleitet wurde und aktuell vorliegen oder über die ich schon bewusst oder nicht bewusst bin, keine endgültige Garantie gewährt wird, dass ebenso Krankheiten/pathologischen Zustände sowie Komplikationen im Zusammenhang mit den Ergebnissen von neuen und Diagnosen und Behandlungsanwendungen, die während oder nach dem Prozess entstehen können und die zuvor nicht existiert haben, ich bin mir darüber bewusst/wir sind uns darüber bewusst, erkenne/erkennen an, willige/willigen ein.

9- Wir wissen und genehmigen/genehmigen, dass alle Arten von Diagnose- oder Behandlungsanträgen, einschließlich Operationen, die in Bezug auf diesen Antrag gestellt werden, möglicherweise nicht abgeschlossen werden, wenn dies als notwendig erachtet wird, oder in mehrere Sitzungen aufgeteilt und in aufeinanderfolgenden separaten Anträgen/Operationen durchgeführt werden können, oder gar nicht angewendet werden.

10- Alle möglichen Folgen, die auftreten können, wenn ich nicht behandelt werde / wenn unser Patient nicht behandelt wird, wie mir gesagt wurde, im Zusammenhang mit jedem während der Diagnose und Behandlung durchzuführenden Eingriff, Anämie / Anämie, Infektionen, einschließlich Meningitis, Blut Blutgerinnsel in den Venen und der Lunge, am

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-386 Yayın Tarihi :13.08.2021
	AUFNAHME UND STATIONIERUNGSEINWILLIGUNGSFORMULAR DES PATIENTEN	Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :3/4

Operationsort oder in der Operation. Mir wurde klar und verständlich erklärt, dass ich auf Ereignisse wie Fernblutungen, allergische Reaktionen, Gewebeödeme, Epilepsie, vorübergehende oder dauerhafte Organ- oder Systemstörungen stoßen könnte, Konkurs oder Tod. Andere Risiken sind leichte Beschwerden, Taubheitsgefühl im Bereich der Inzisionsfunktion oder bleibende Narben/Narben oder Knochenentfernung mit zusätzlichen Kopf-, Armen- oder Bein- oder Körperdeformitäten, Operationen oder Körperdeformitäten, Hirndrainage aus der Operations- oder Funktionsstelle, Kopfschmerzen oder langfristige/chronische Schmerzen, vorübergehender oder dauerhafter Stimmverlust durch Stimmbandlähmung, Gesicht, Augenbrauen, Zähne, Hören, Schlucken, Augen- und Augenbewegungen, Urin- oder Stuhlkontrolle wie z. B. vorübergehender oder dauerhafter Funktionsverlust aufgrund der Persönlichkeit oder Persönlichkeit, Behinderung aufgrund einer Gewebe- oder Organschädigung oder die Notwendigkeit eines lebenslangen Drogen- oder Hormonkonsums sowie kurz- oder langfristige Schmerzen und Taubheitsgefühl aufgrund der Lagerung während der Anwendungen sind Nebenwirkungen. Und ich akzeptiere diese Risiken, oder persönlichkeitsbedingter vorübergehender oder dauerhafter Funktionsverlust; das weiß ich. Und ich akzeptiere diese Risiken, oder persönlichkeitsbedingter vorübergehender oder dauerhafter Funktionsverlust; das weiß ich. Und ich akzeptiere diese Risiken.

11- Während der Diagnose- und Behandlungsanwendungen stellen Lokal-/Regional-, Spinal-, Epidural-/Spinalanästhesie oder Vollnarkose, die bei mir / unserem Patienten zur Schmerzlinderung angewendet werden kann, ein zusätzliches Risiko an sich dar, diese Risiken sind Atemprobleme, Arzneimittelreaktionen, unkontrollierbares Hoch Fieber, jedes Risiko für den Körper. Ich weiß/wir wissen, dass es Lähmungen der Gliedmaßen oder Nerven, Hirnschäden und Tod einschließt. Wir verstehen und genehmigen/genehmigen alle diese Risiken.

12- Ich bin mir darüber bewusst, dass während den Diagnose- und Behandlungsanwendungen medizinische Geräte wie Röntgen, Scpie, Ultraschografie, Szintigraphie, Computertomografie, Kernspintomografie eingeführt werden können; dass ich/unsere Patient den kurz- und langwelligen Strahlen von Röntgen, Radioisotop-/Nuklearenergie ausgesetzt werden können; dass diese Praktiken auch nach langer Zeit, einschließlich Knochenmarksuppression und Anämie/Anämie, Insuffizienz des Immunsystems, Insuffizienz der Fortpflanzungsorgane auf einem Niveau, das die Geburt von Kindern verhindert, oder Krebsentwicklung zu unvorhersehbaren Ergebnissen führen können.

13- Im Bewusstsein, dass ich über das Recht verfüge, Einwand gegen die während der Anwendungen bezüglich meiner Gesundheit/der Gesundheit unseres Patienten die auf irgendwelche Art zu entnehmenden Organe oder Gewebe oder deren Abbildungen oder aus diesen zu erarbeitenden Folgegeweben sowie zu erwerbenden Informationen jeder Art mit wissenschaftlichen Zwecken analysiert werden, aufbewahrt werden, vernichtet oder hergestellt werden, einzulegen und willige mit diesem Bewusstsein ein.

14- Ich habe/Wir haben diesen Beleg gänzlich und verständlich durchgelesen. Da ich nicht les- und schreibkundig bin, wurde mir/uns dieses Schreiben vorgelesen/ übersetzt und mir/uns erläutert. Sowohl bei meinem/unserem Antrag und danach, als auch während der Ausfüllung des Formulars wurde ich/wurden wir über meinen Zustand/den Zustand unseres Patienten die Gelegenheit gewährt, Fragen zu stellen und Bewertungen zu machen sowie zu entscheiden. Einschließlich des Ausfalls einer Behandlung, wurde mir die Gelegenheit gegeben, Fragen zu stellen und diese auszuwerten. Ebenso einschließlich des Ausfalls einer Behandlung, wurde ich über die alternativen Behandlungen und Diagnosen, ob diese Risiken und Drohungen beinhalten und ich bin davon überzeugt, dass die in diesem Beleg niedergeschriebenen Gegenstände sowie den Antworten, die ich auf meine/unsere Fragen erhalten habe und über die Anwendungen, die

bezüglich meiner Gesundheit/die Gesundheit unseres Patienten befriedigende und ausreichende Informationen gegeben sind und ohne irgendeinen Druck mit freiem Willen unterzeichne ich/unterzeichnen wir diesen Beleg und willige ich/willigen wir hiermit ein.

PERSONENBEZOGENE ANGABEN:

.....

.....

.....

Vor- und Familienname des Patienten:

Unterschrift:

Datum/Uhrzeit:/.....

Verwandte des Patienten

Vor- und Familienname:

Unterschrift:

Datum/Uhrzeit:/.....

Arzt :

Vor- und Familienname:

Unterschrift:

Datum/Uhrzeit:/.....