

Name des Patienten – Nachname:

Geburtsdatum:

Datum:

Protokollnummer:

Ich erkläre bei vollem Bewusstsein mein Einverständnis zur Behandlung durch die Ärzte bzw. den behandelnden Arzt und das Team des privaten Optimed Krankenhauses.

Ich wurde über meine Krankheit und den Behandlungsverlauf aufgeklärt. Ich erlaube die Durchführung aller erforderlichen Medikamente, Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe zur Diagnose und Therapie meiner Erkrankung. Während meines Krankenhausaufenthaltes und der Behandlung erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir ohne vorherige Ankündigung durch die zuständigen Ärzte und medizinischen Fachkräfte Medikamente verabreicht und Proben zur Untersuchung entnommen werden dürfen.

Mir wurde erklärt, dass während der Behandlung Injektionen, das Legen eines intravenösen Zugangs und medizinisch oder chirurgisch notwendige Eingriffe erfolgen können. Über die damit verbundenen Risiken und Komplikationen wurde ich informiert.

Ich wurde darüber informiert, dass bildgebende Untersuchungen wie Röntgen, Fluoroskopie etc. durchgeführt werden können und dass ich dadurch möglicherweise kurz- oder langwelliger Strahlung ausgesetzt werde. Ich erkläre mein Einverständnis für solche Untersuchungen im Bedarfsfall.

Ich bestätige, dass ich die mir gegebenen Informationen verstanden habe und die Angaben in diesem Formular korrekt sind. Ich bin mir möglicher unvorhersehbarer negativer Entwicklungen bewusst und stimme der Behandlung im privaten Optimed Krankenhaus zu.

..... / /

Aufnahmeeinheit:

 Notaufnahme

Name des Patienten:

Unterschrift: Datum/Uhrzeit:

Gesetzlicher Vertreter/Angehöriger:



QUALITÄTSMANAGEMENT-DOKUMENTE

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR
BEOBACHTUNGSBEHANDLUNG IM
KRANKENHAUS

Doküman No:HD-FR-858
Yayın Tarihi :03.06.2025
Revizyon No :00
Revizyon Tar.:....
Sayfa No :2/2

Name (Beziehung:)

Unterschrift: Datum/Uhrzeit:

Name des Arztes:

Unterschrift: Datum/Uhrzeit: