

Einverständniserklärung

Bezeichnung der Untersuchung oder Behandlung:

.....

Infolge des mit mir durchgeführten Informationsgesprächs und der auf meine Fragen gegebenen Antworten gebe ich nach reiflicher Überlegung meine Einwilligung zur oben erwähnten Untersuchung oder Behandlung. Ich wurde über die Art und den Zweck derselben in Kenntnis gesetzt. Der Arzt bzw. die Ärztin hat mich zudem über die Vorteile, Risiken und möglichen Komplikationen wie auch über die möglichen alternativen Behandlungsmöglichkeiten informiert.

Unterschrift des Patienten bzw. der Patientin:

oder des gesetzlichen oder therapeutischen* Vertreters bzw. der gesetzlichen oder therapeutischen

Vertreterin:

Name, Vorname (in Grossbuchstaben):

Datum:

* Die Unterschrift des Patienten bzw. der Patientin muss vorliegen, ausser in Notfällen oder bei Urteilsunfähigkeit

Dienst: Tel. :

Herr/Frau Dr. (Name, Vorname in Grossbuchstaben) hat die Art, den Zweck, die Vorteile, Risiken und die alternativen Untersuchungen oder Behandlungen erklärt. Er bzw. sie hat dem Patienten bzw. der Patientin die Möglichkeit geboten, sämtliche Fragen zu stellen, die er bzw. sie stellen wollte, und er bzw. sie hat diese Fragen umfassend beantwortet.

Datum: Unterschrift des Arztes:

Art der weitergegebenen Informationen:

Informationsgespräch

Broschüre, Informationsblatt oder Video

Titel:

Dieses unterzeichnete Dokument gehört ins Patientendossier Eine Kopie ist dem Patienten/der Patientin zu übergeben.