

Bahnhofstrasse 110
CH - 8001 Zürich

Telefon: 044 225 41 41
Telefax: 044 225 41 42
www.hautzone.ch



INFORMED CONSENT - INFORMED CHOICE

Der/die Unterzeichnete.....geboren am.....

ist einverstanden, sich folgendem Eingriff/Behandlung.....

..... die durch.....

durchgeführt wird, zu unterziehen.

Ich bin über die Einzelheiten, die Methode, die Risiken, die eventuellen Komplikationen sowie eventuelle notwendige Zusatzeingriffe auf eine mir verständliche Art und Weise informiert. Ich hatte genügend Zeit, darüber nachzudenken bzw. meinen Entschluss zu fassen und erhielt Antwort auf meine Fragen (schriftliches Festhalten bzw. Aufzählen der Einzelheiten, Methoden, usw.).

- Ich bin ebenfalls über die Vorkehrungen, welche nach der Operation/Behandlung zu treffen sind sowie die möglichen Nachoperationen/-behandlungen informiert.
- Ich erlaube dem Arzt, alle im Verlaufe der Operation und in der unmittelbar anschliessenden postoperativen Phase notwendigen Vorkehrungen und Massnahmen zu treffen, auch wenn diese mit dem ursprünglichen besprochenen Plan nicht übereinstimmen.
- Ich habe meinen Arzt über meinen Gesundheitszustand, über Allergien, Medikamenteneinnahme oder Probleme, die sich bei früheren chirurgischen Eingriffen ergeben haben, informiert.
- Ich werde alle Vorschriften vor, während und nach der Behandlung bzw. Operation strikte befolgen.
- Ich bin einverstanden, dass von mir klinische Fotografien zu wissenschaftlichen Zwecken und zur Dokumentation erstellt werden.

Abgegebene und gelesene Merk - zw. Aufklärungsblätter:

.....
.....

Bemerkungen und zusätzliche Fragen:

.....

Ort und Datum.....

Unterschrift Patient/Patientin:

Unterschrift Arzt

.....

Dieses Dokument verbleibt im Original beim Arzt in der Krankengeschichte

