

Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen, Textstellen unterstreichen oder an den vorgesehenen Stellen ergänzen und unterschreiben.

Dokumentation

Aufklärungsgespräch

- Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Die Fragen zur **Krankenvorgeschichte (Anamnese)** habe ich nach bestem Wissen beantwortet.
- Den **abgetrennten Info-Teil** bzw. ein **Zweitstück des Bogens** habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten. Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten.

Vermerke der Ärztin/des Arztes _____ **zum Aufklärungsgespräch:**

Name

Erörtert wurden z.B.: Notwendigkeit/Dringlichkeit des Eingriffs, Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, Risiken und mögliche Komplikationen, Schnittführung, mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen von Medikamenten/Betäubungsmitteln, risikoerhöhende Besonderheiten, mögliche Neben- und Folgeeingriffe, evtl. Eingriffsänderungen u. -erweiterungen, Erfolgsaussichten, Verhaltenshinweise vor und nach dem Eingriff sowie (bitte hier auch etwaige Änderungen des Info-Teils vermerken):

Vorgesehener Termin des Eingriffs (Datum): _____

Einwilligung

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt; ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige ein in

- die **Glaukom-Operation nach dem im Infoteil aufgeführten Verfahren Nr.** _____
 - ein **anderes Verfahren** (bitte bezeichnen): _____
 - die **gleichzeitige Operation des Grauen Stars** (kombinierte Filtrations-/Katarakt-Operation)
- am **rechten Auge** **linken Auge.**

Mit der Schmerzausschaltung sowie mit unvorhersehbaren, sich erst während des Eingriffs als medizinisch notwendig erweisenden Änderungen oder Erweiterungen des vorgesehenen Verfahrens sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Falls Sie bestimmte einzelne Maßnahmen ablehnen, bitte bezeichnen:

Nur für den Fall der Ablehnung des Eingriffs:

- Ich **willige** in den vorgeschlagenen Eingriff **nicht ein.**

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich meine Erkrankung ohne Behandlung verschlimmern und das betroffene Auge erblinden kann.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin/Patient bzw. Betreuer/Bevollmächtigter/
Sorgeberechtigte*

Ärztin/Arzt

* **Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.**

Perforationslinie zum Abtrennen