



Praxisklinik

Dr. med. René Föste

Plastische & Ästhetische Chirurgie

Einverständniserklärung

Ich erkläre, dass der behandelnde Arzt mit mir heute ein ausführliches, abschließendes Aufklärungsgespräch über Art, Hergang, Bedeutung, mögliche Folgen und Risiken der vorgesehenen Operation bzw. Behandlung sowie ggf. mögliche alternative Verfahren geführt hat. Insbesondere wurde ich über das zu erwartende Operations- bzw. Behandlungsergebnis und die zu erwartenden und verbleibenden Narben aufgeklärt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

Ich willige nach gründlicher Überlegung in den vorhergesehenen chirurgischen Eingriff bzw. die Behandlung einschließlich der Schmerzbetäubung sowie erforderlichen Untersuchungen und ggf. erforderlichen Folge- und Nebeneingriffe ein.

Sollten sich während der Operation bzw. Behandlung zwangsläufig Änderungen oder Erweiterungen ergeben, bin ich auch hiermit einverstanden. Ich erkläre, dass die Operation bzw. die Behandlung auf mein ausdrückliches Verlangen hin durchgeführt wird. Ich wurde darauf hingewiesen, dass Kontrolluntersuchungen regelmäßig wahrgenommen werden müssen und bei Schmerzen oder anderen Hinweisen für eine Komplikation sofort ein Arzt zu informieren ist.

Mir ist bewusst, dass die Gewähr, das angestrebte Ergebnis der ärztlichen Bemühungen zu erreichen, vom Arzt und seinen beteiligten Mitarbeitern nicht übernommen werden kann. Insbesondere wurde ich auf die Möglichkeit folgender Komplikationen hingewiesen:

Ort, Datum

Unterschrift