

Informationen und Einwilligung zur Abdominoplastik

Unterlagen für

Hiermit erkläre ich,, mich einverstanden, eine Bauchdeckenstraffung (Abdominoplastik) durch oder Kollegen/in durchführen zu lassen. Ich wurde eingehend über das operative Vorgehen, die Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen des operativen Eingriffs und der örtlichen Betäubung aufgeklärt. Außerdem habe ich das Informationsblatt genau durchgelesen und habe die Aufklärung verstanden. Mit der Fotodokumentation des Ausgangsbefundes zur Beurteilung des operativen Ergebnisses bin ich einverstanden.

Darüber hinaus wurde ich über spezielle Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen der Bauchdeckenstraffung aufgeklärt: Schmerzen, Schwellung, Blutung, Blutergüsse, Infektion, Wundheilungsstörung, unerwünschte Narbenbildung, Gewebeverhärtung, Unregelmäßigkeiten im Hautrelief, Pigmentverschiebungen der Haut, Nerven? und Gefäßverletzung, Taubheitsgefühl oder Missempfindung der Haut.

Nach gründlicher Überlegung willige ich in den vorgesehenen kosmetischen Eingriff einschließlich der Schmerzbetäubung sowie den erforderlichen Untersuchungen und Nebeneingriffen ein.

Mir ist bekannt, dass besondere Umstände, die erst während des Eingriffes festgestellt werden, zu einer Änderung des Operationskonzeptes mit Erweiterung der Operation zwingen können und erkläre mich auch damit einverstanden.

Mir ist bewusst, dass die Gewähr, das angestrebte kosmetische Ergebnis der ärztlichen Bemühungen zu erreichen, vom Arzt und seinen Erfüllungsgehilfen nicht übernommen werden kann.

Ich bin darüber informiert worden, dass das kosmetische Ergebnis nicht vorhersehbar ist und dass ein Behandlungsergebnis, das meinen Wünschen entspricht, nicht garantiert werden kann.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist. Über das erforderliche Verhalten nach dem Eingriff bin ich ebenfalls informiert worden.

Ich willige hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff und in die empfohlene Anästhesie sowie in evtl. notwendige Folge- und Nebeneingriffe ein.

Ich habe wahrheitsgemäß darüber informiert, welche Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Blutungsneigung, Herz-, Leber-, Lungen-, Nierenleiden, Allergien z.B. Lokalanästhetika, Antibiotika etc.) bei mir vorliegen und welche Medikamente ich regelmäßig einnehme.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Abteilung der ästhetisch - operativen Dermatologie eine Bestellabteilung ist, die mit längeren Terminvorläufen arbeitet und in der nur ein Patient zu einem länger andauernden, individuell festgelegtem Operationstermin bestellt wird. Bei Nichterscheinen zum Operationstermin oder bei verspäteter Absage gewährt die Rechtsprechung dem Arzt ein Ausfallhonorar. Um diese Unannehmlichkeiten zu vermeiden, verpflichte ich mich dazu, Termine bis zu 30 Minuten Dauer mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, länger dauernde Termine vorher.

Einwilligungserklärung

Über die geplante Operation sowie evtl. erforderliche Erweiterungen des Eingriffes wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit

Frau/ Herrn Dr. _____

ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über Risiken und mögliche Komplikationen sowie über Neben- und Folgeeingriffe und ihre Risiken stellen. Ich habe schriftliche Informationen erhalten und verstanden.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Operation ein. Mit medizinisch erforderlichen auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden.

Ich weiß, dass hinsichtlich des endgültigen kosmetischen Operationsergebnisses keine Garantien gegeben werden können.

Bei ästhetischen Leistungen, die nicht rein medizinisch begründet sind, fällt die gesetzliche Mehrwertsteuer an.

Bei allen etwaigen Rechtsstreitigkeiten ist der Gerichtsstand in Bochum.

.....
Ort/datum/Uhrzeit

.....
Unterschrift des Patienten