

Einverständniserklärung

Mit den Eingriffen

Ohrenmuschelkorrektur _____ (Seitenangabe)

die bei mir / meinem Kind / Mündel _____

vorgesehen sind, bin ich einverstanden. Ich bin über die allgemeinen Operationsrisiken in Zusammenhang mit den o.g. Eingriffen, wie Zwischenfälle bei der Betäubung, Blutung, Infektion, verzögerte Wundheilung, Narbenbildung ärztlicherseits aufgeklärt worden. Ich habe hierzu keine Fragen mehr.

Besonders hingewiesen wurde auf:

Ohrknorpelinfektion, Verkrüppelung der Ohrmuschel, weiterbestehendes Abstehen, Formveränderungen, scharfe Knicke, verstärkte Narbenbildung (Keloid), Asymetrie, Unzufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis, Druckschmerzen am Knorpel

Ich bin damit einverstanden, dass der Eingriff erweitert oder eingeengt wird, wenn dies medizinisch notwendig oder sinnvoll ist. Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Gewähr für den gewünschten Erfolg, ein bestimmtes Ergebnis oder Aussehen, vom Arzt und seinen Erfüllungsgehilfen nicht übernommen werden und trotz fehlerfreien Vorgehens sogar eine Verschlechterung des bestehenden Zustandes eintreten kann.

Mir ist bekannt und erklärt worden, dass ich über einige Wochen - konsequent - einen speziellen Verband tragen muss (Tag + Nacht). Ich werde alle vereinbarten Nachsorgetermine einhalten und bin mit einer Fotodokumentation einverstanden.

Die Klinik Bochum übernimmt keine Haftung für Schäden, die aus Material- oder Produktionsfehlern von Prothesenmaterial und Instrumenten entstehen.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Bochum, den _____

(Unterschrift Arzt)

(Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter)

(Unterschrift Zeuge oder Dolmetscher)