

## OP-EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Unterzeichnete #!NEV; (Name). #!BVAROS;, #!BUTCA; (Wohnhaft) erkläre ich:

1. Die unterzeichnete Ärztin / der unterzeichnete Arzt \_\_\_\_\_ hat mich über die Art und Bedeutung meiner Krankheit nach der Diagnose aufgeklärt (zutreffendes bitte unterstreichen): \_\_\_\_\_

2. Ich bin einverstanden, dass der vorgeschlagene **Operation**, vorgeschlagener **Eingriff** von dem Arzt vorgenommen wird: \_\_\_\_\_

vvorgeschlagene Kur (auf Ungarisch):

mögliche, häufige Risiken und konkrete, nachteilige Folgen, voraussichtliche Vorteile:

mögliche alternative Behandlungsverfahren und deren allfällige Nachteile:

3. Ich erkläre, dass **mir** sowohl die Art und das Ziel der Operation, des Eingriffs und der Behandlung, als auch die möglichen Risiken und nachteiligen Folgen - trotz der Einhaltung der vorgeschriebenen Vorsicht - auch im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten **ausführlich erläutert wurden**. Mir wurde weiterhin erläutert, was für eine Folge (Gesundheitsschädigung ) des Entfalls von Eingriff haben kann.
4. Die während der Operation auftretenden Umstände oder neuen Erkenntnisse können eine **Erweiterung** oder **Änderung des operativen Vorgehens erforderlich** machen. **Ich gebe meine Einwilligung**, dass der behandelnde Arzt dann in meinem Sinne handeln darf.
5. Ich nehme zur Kenntnis, dass die während des operativen Eingriffs entfernten Gewebe und Organe pathologisch und histopathologisch untersucht werden. Ich bin mit deren eventuellen weiteren Verbrauch einverstanden.
6. Ich bin damit einverstanden, dass über den Eingriff, bzw. operative Behandlung Lichtbilder oder Videoaufnahmen unter dem Vorbehalt gefertigt werden, dass meine Person nicht erkennbar wird.
7. Mir ist bekannt, dass in der Heilanstalt auch Ausbildung von medizinischen Fachangestellten erfolgt und damit **einverstanden bin**, dass an meiner Behandlung auch **Medizinstudenten und medizinische Fachangestellten** - in Anwesenheit einer verantwortlichen Person und mit ihrer Überwachung - teilnehmen. Auch sie sind zur medizinischen Geheimhaltung verpflichtet.
8. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Operation unter Beachtung der Vorschriften des Gesundheitswesen-Gesetzes **im Interesse der fachgerechten Betreuung** von dem Oberarzt oder einem durch seinen Vertreter bestellten Arzt durchgeführt, bzw. beaufsichtigt wird.
9. Ich habe bzgl. des operativen Eingriffs und der o.g. Punkte keine weiteren Fragen. Nach dem Eingriff werde ich den Anweisungen zur Versorgung der Wunde Folge leisten.

Lehne ich die Durchführung des operativen Eingriffs, bzw. der Behandlung trotz der ausführlichen ärztlichen Aufklärung ab, übernehme ich die Verantwortung deren Folgen. Ich erteile Befreiung von der Verantwortung den Ärzten, von denen ich den Eingriff nicht angenommen habe. Infolge der Ablehnung stelle ich gegen sie und das Institut keinen Anspruch.

---

Datum

---

Unterschrift des aufklärenden Arztes

---

Patientenunterschrift, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
oder des bevollmächtigten Angehörigen