

Einverständniserklärung ÖGD – 4 -

Name, Vorname:

Der Termin kann bis 24 Stunden vor der Untersuchung an Werktagen kostenfrei storniert werden. Danach müssen wir Ihnen eine Kostenpauschale von 50 € in Rechnung stellen.
Zur Erinnerung: Bitte essen Sie 6 Stunden und trinken 2 Stunden vor der Untersuchung nicht mehr.

Das persönliche Aufklärungsgespräch fand am heutigen Tag mit **Fr. Dr. Tillenburg/ Fr. Hoof/ Fr. Dr. Strüwer/ Fr. Mitrovic/ Hr. Sieber** statt.

Hiermit willige ich in die vorgeschlagene Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) ein.

Über die geplante Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes hat mich der unterzeichnende Arzt ausführlich und hinreichend informiert, ich habe keine weiteren Fragen. Die bei mir vorliegenden besonderen Risiken sind mir erläutert worden, die Folgen möglicher Komplikationen sind mir bewusst.

Anmerkungen der Patientin / des Patienten:

Anmerkungen des Arztes:

ASA-Klassifikation: ASA1 ASA2 ASA3 ASA4

Sonstiges: _____

Ich wünsche für die Untersuchung eine Sedierung. Über die gesonderten Risiken und die Einschränkungen nach der Untersuchung bin ich mir bewusst. Ich versichere hiermit, dass ich nicht selbst mit einem Fahrzeug (Fahrrad, Auto etc.) nach Hause fahren werde, sondern eine sichere Heimfahrt in Begleitung organisiere.

Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde (per Brief oder Fax, etc.) an meinen Hausarzt / überweisenden Arzt einverstanden.

Kopien meiner Einwilligung habe ich erhalten.

Dorsten, _____
Ort Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes