



ALLGEMEINE, ZUSTIMMENDE ERKLÄRUNG ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG

Unterzeichnete.....(Name) (Geburtsdatum)
 (Wohnadresse) (Staatsbürgerschaft) stimme ich den empfohlenen Untersuchungen, den Behandlungen mit Medikamenten und Geräten – aufgrund des Gewissens und der besten Kenntnisse meines Therapeuten – zu, und ich akzeptiere, daß Sie sie an mir bzw. an meinem Angehörigen (..... Name
 Geburtsdatum Verwandtschaftsgrad) durchführen.

Aufnahmediagnose:

Ich habe detaillierte und genügende Auskunft über meinen Zustand, meine Erkrankung, die empfohlene Untersuchung, die Notwendigkeit der geplanten und möglichen Behandlung, das überschaubare Risiko, die voraussichtlichen Nachwirkungen und Nebenwirkungen, die öfter vorkommenden Komplikationen bekommen, und ich habe sie verstanden. Ich habe auf meine Fragen befriedigende, klare Antworten bekommen und mir hat entsprechende Zeit zur Verfügung gestanden, mich frei entscheiden zu können. Die Vorteile und Nachteile der empfohlenen und in Frage kommenden Untersuchungen und die Notwendigkeit der Behandlungsmethoden wurden mir bekannt gegeben. Ich wurde von meinem Therapeuten kontinuierlich über meinen Zustand bzw. über die Veränderung meines Zustandes, sowie über nötige neue Untersuchungen und Behandlungen entsprechend informiert.

Ich weiß Bescheid, daß unvorausgesehene Komplikationen trotz der professionellen Untersuchung und Behandlung vorkommen können, die den Heilerfolg und die Heilungsdauer unvorteilhaft beeinflussen können. Ergänzungen:

Es wurde mir gesagt, daß sie mich zur Not über die speziellen Untersuchungen, Operationen, Eingriffe informieren werden, und sie bitten um mein Einverständnis. Ergänzungen:

Ich weiß Bescheid, daß ich jederzeit Recht auf die Ablehnung der empfohlenen Untersuchungen und Behandlungen irgendwann habe. In diesem Fall entbinde ich die Ärzte von der Verantwortung, deren Vorschläge und Behandlungen ich nicht akzeptiert habe, wenn wegen der Rückweisung Nachwirkungen und Komplikationen aufräten.

Zur gleichen Zeit wurde ich informiert, was für Risiken die Rückweisung der stationären Untersuchung, Behandlung, die Unterbrechung bzw. die Verschiebung der Heilbehandlung haben.

Ich stimme zu, daß die gesundheitliche Belegschaft über meinen Gesundheitszustand in der Rubrik von „nächstgelegenen Angehörigen“ des Patientenkartees bezeichnete Personen Informationen geben kann.

Ich weiß Bescheid und akzeptiere die Informationen des Krankenhauses über das allgemeine Patientenrecht und Hausordnung, sowie, daß ich für die Werte und persönliche Dinge, die unter meiner stationären Verpflegung bei mir habe, Verantwortung habe.

Ich stimme der Behandlung meiner persönlichen Daten sowie der Installation der Armbinde von Krankenidentifizierung zu.

Ich behaupte, daß ich die Eingriffe und die Untersuchungen während der Behandlung – so z.B. die Blutabnahme, und die Abnahme des Prüfungsgegenstandes, die Behandlung mit Medikament und Infusion, eventuelle Bluttransfusion, diagnostische Untersuchungen mit Kontrastfarben, sowie mit speziellen und notwendigen Geräten – erlaube. Meine Zustimmung gebe ich – gemäß der Auskunft – ohne Zwang und Einfluss.

..... Minute Stunde Tag Monat Jahr, Szombathely

.....
 Unterschrift des Arztes / der Ärztin

.....
 Unterschrift des Kranken/der Kranken oder Vermundes

DIE ABLEHNENDE ERKLÄRUNG DER GESUNDHEITLICHEN FACHVERPFLEGUNG

Ich behaupte über die eigene Krankheit, bzw. über die Krankheit des Angehörigen (.....), über die Notwendigkeit der Untersuchungen und Behandlungen, über das Risiko des Ausfalles von Untersuchungen und Behandlungen entsprechende Auskünfte zu bekommen. Im vollen Bewusstsein meiner Verantwortung behaupte ich, daß ich meine Untersuchungen und Behandlungen oder die Untersuchungen und Behandlungen des Angehörigen nicht erlaube. Aus diesen kommenden Komplikationen, bzw. den Vorlauf des Heilerfolgs entbinde ich die Verantwortung der Ärzte, deren Vorschläge und Behandlungen ich nicht akzeptiert habe.

Ich gebe zu, daß ich meine Untersuchungen und Behandlungen oder die Untersuchungen und Behandlungen des Angehörigen trotz der Ratschläge der Ärzte ablehne, bzw. ich akzeptiere die weitere Heilbehandlungen nicht und ich entferne mich (mit meinem Angehörigen) aus dem Krankenhaus in meiner Verantwortung.

..... Minute Stunde Tag Monat Jahr, Szombathely

.....
 Unterschrift des Arztes/der Ärztin

.....
 Unterschrift des Kranken/der Kranken oder Vermundes

.....
 Daten des Zeugen

.....
 Daten des Zeugen