DISCOVER BEAUTY
Ästhetische Praxis

Einverständniserklärung

Ich erkläre, dass der behandelnde Arzt mit mir heute ein ausführliches, abschließendes Aufklärungsgespräch über Art, Hergang, Bedeutung, mögliche Folgen und Risiken der vorgesehenen Operation bzw. Behandlung sowie ggf. mögliche alternative Verfahren geführt hat. Insbesondere wurde ich über das zu erwartende Operations- bzw. Behandlungsergebnis und die ggf. zu erwartenden und verbleibenden Narben aufgeklärt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

Ich willige nach gründlicher Überlegung in den vorhergesehenen chirurgischen Eingriff bzw. die Behandlung einschließlich der Schmerzbetäubung sowie erforderlichen Untersuchungen und ggf. erforderlichen Folge- und Nebeneingriffe ein.

Sollten sich während der Operation bzw. Behandlung zwangsläufig Änderungen oder Erweiterungen ergeben, bin ich auch hiermit einverstanden. Ich erkläre, dass die Operation bzw. die Behandlung auf mein ausdrückliches Verlangen hin durchgeführt wird. Ich wurde darauf hingewiesen, dass Kontrolluntersuchungen regelmäßig wahrgenommen werden müssen und bei Schmerzen oder anderen Hinweisen für eine Komplikation sofort ein Arzt zu informieren ist.

Mir ist bewusst, dass die Gewähr, das angestrebte Ergebnis der ärztlichen Bemühungen zu erreichen, vom Arzt und seinen beteiligten Mitarbeitern nicht übernommen werden kann. Insbesondere wurde ich auf die Möglichkeit folgender Komplikationen hingewiesen:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ich wurde ausführlich darüber aufgeklärt und informiert, dass meine gewünschte ästhetische Operation bzw. Behandlung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Mir ist bekannt, dass ich diese individuellen Gesundheitsleistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe.

Weiter wurde ich darüber ausführlich informiert, dass ich diese in vollem Umfang selbst zu tragen habe. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich gegenüber der Krankenkasse keinen Anspruch auf Kostenerstattung habe.

Außerdem können Kosten für etwaige Folgebehandlungen infolge von Komplikationen entstehen, für die der Patient selbst aufkommen muss, vgl. § 52 Abs. 2 SGB V (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch). Hierzu wird eine Folgekostenversicherung empfohlen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Patient/in

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Arzt/Ärztin