



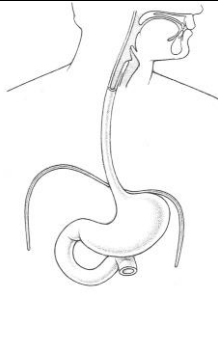
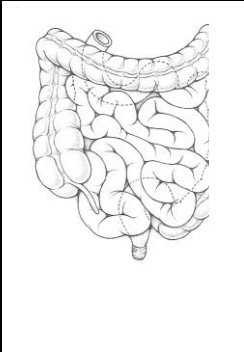
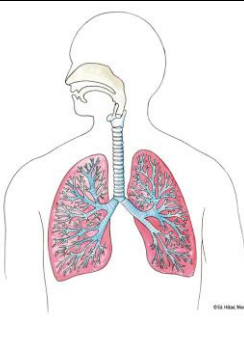
AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH durch _____ Arzt/Ärztin

Erkrankung/Verdachtsdiagnose: _____

Gesprächspartner/in: _____ Datum: _____ Zeitpunkt: _____

Dolmetscher/in: _____

Geplante Untersuchung/Eingriff

<input type="checkbox"/> Gastroduodenoskopie <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Colonoskopie <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> PEG-Sonde/Sondenwechsel <input type="checkbox"/> Leberbiopsie <input type="checkbox"/> Bronchoskopie <input type="checkbox"/> Lavage <input type="checkbox"/>			
--	---	--	--

Gesprächspunkte

- Notwendigkeit und Dringlichkeit**
- Voraussichtlicher Verlauf mit/ohne Untersuchung/Eingriff**
- Alternative Untersuchungsmöglichkeiten**
- Mögliche allgemeine Komplikationen**
- Mögliche Operationskomplikationen**
- Spezielle Risikofaktoren des Patienten**
- Behandlung nach der Untersuchung/OP**
- Fragen und Wünsche der Eltern**
-

Bemerkungen

Die verantwortliche Person (Elternteil oder gesetzl. Vertreter) hat sich nach der Aufklärung für die Untersuchung/Operation (inkl. besprochenen Erweiterungen) entschieden: Ja Nein

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Patienten
(Eltern, Vormund, etc.)

Patient (> 12-14 Jahre alt, urteilsfähig)

Unterschrift Arzt/Ärztin

Luzern, _____