

Praxis Dr. med. Elias Salim
Facharzt für Neurochirurgie

Tonndorfer Hauptstrasse 69
TONDO EKZ im 3. Stock
22045 Hamburg

Tel. : 040/ 300 31 202
Fax: 040/ 300 31 203

Aufklärung und Einwilligung zur CT-gesteuerten Hüftgelenksterapie

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Der Patient/ die Patientin / der gesetzliche oder gerichtliche Vertreter der/ des Pat. wurde über die Erkrankung und ihre Folgen ohne ärztlichen Eingriff, über die Notwendigkeit, Bedeutung und Tragweite der vorgesehenen Maßnahmen und über medizinisch vertretbare alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.

Erkrankung: Hüftgelenksarthrose, Hüftgelenksreizung
Bezeichnung des Eingriffs: CT-gesteuerte Hüftgelenksterapie mit Gabe von Hyaluronsäure-Gel als Synovialersatz

Wesentliche Gefahren und Nebenwirkungen des Eingriffs:

Dazu gehören Blutung, Nachblutung, Infektion, Wundheilungsstörung, Thrombose, Nervenverletzung, Fortbestehen der Beschwerden, Verletzung tiefliegender Gefäße, Infektion im Bereich des Hüftgelenkes oder des Beckens, Hüftgelenksnekrosen, Lagerungsschäden, Unverträglichkeitsreaktionen wie z.B. Allergien, Kreislaufreaktionen, lokale Reizungen.

Nach dieser Aufklärung gebe ich meine Einwilligung zum vorgesehenen Eingriff. Ich habe alles verstanden und hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, welche mir beantwortet wurden. Ich hatte ausreichend Zeit, meine Entscheidung zu überdenken, ggf. zu ändern.

Hamburg, den _____

Unterschrift des /der Pat.

Unterschrift des Arztes

Ich / wir erklären die Einwilligung als gesetzliche Vertreter des/der Patienten/Patientin.

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters