



Informierte Zustimmung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich am Krankenhaus in Břeclav vom Arzt:

.....

über die laparoskopische Magenbandage / die laparoskopische Schlauchmagen (Sleeve Gastrectomy) / die endoskopisch Intragastric Balloon belehrt wurde, der ich mich unterziehen will.

Ich erkläre hiermit, dass ich die schriftliche Belehrung verstanden habe und dass ich die Möglichkeit gehabt habe, ergänzende Fragen zum Prinzip, zu den Bedingungen, zum zu erwartenden Effekt der Operation, zu möglichen Komplikationen, zum postoperativen Verlauf und zu der Notwendigkeit ambulanter Kontrollen zu stellen. Ich habe alle mich betreffenden Fragen wahrheitsgemäss und detailliert beantwortet. Ich erfülle alle international anerkannten Indikationskriterien, die in der Belehrung angeführt sind, und bin damit einverstanden, daß bei mir durch den Chirurgen..... im Krankenhaus in Břeclav die Operation:

laparoskopische adjustabile Magenbandage
laparoskopische Schlauchmagen (Sleeve Gastrectomy)
Intragastric Balloon

durchgeführt wird.

(Unzutreffendes bitte durchstreichen)

Sämtliche dem Krankenhaus angelaufene Behandlungskosten werde ich selber folgendermaßen begleichen:

- in Bar
- per Überweisung auf das Bankkonto des Unfallkrankenhauses
- auf andere Art und Weise:

Datum:

Unterschrift des Klienten:

Unterschrift des behandelnden Chirurgen:

Dr. Michal Cierny, PhD