

PatientInnenetikette

**Operationssaal**

1090 Wien, Löblichgasse 14

T +43 1 31 350-45460

F +43 1 31 350-45536

## Bestätigung über PatientInnenaufklärung durch die / den behandelnde/n Ärztin / Arzt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Klinik als Belegkrankenhaus stellt die Räumlichkeiten zur Verfügung und bietet Ihnen die stationäre Versorgung und die sogenannte sekundäre medizinische Betreuung für die Behandlung und den stationären Aufenthalt.

Der Eingriff und die Behandlungsdurchführung selbst liegen im alleinigen Verantwortungsbereich von Frau / Herrn Dr. \_\_\_\_\_.

Ich bestätige, dass ich zu dem geplanten operativen Eingriff / der geplanten Behandlung

\_\_\_\_\_  
Operation / Behandlung

bereits in der Ordination von Frau / Herrn Dr. \_\_\_\_\_ über  
Ärztin / Arzt

das **Operationsverfahren**, mögliche **Nebeneingriffe**, **Komplikationen** und **Folgeeingriffe**, sowie über **Nachbehandlungen** umfassend informiert und aufgeklärt wurde und aufgrund dieser Aufklärung für die Operation / Behandlung eingewilligt habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift PatientIn / Bevollmächtigte / Bevollmächtigter