

	<b>Einverständniserklärung</b>	Version 03	Erstellungsdatum 14.03.2013
	<b>Transfusion (Blutprodukte)</b>	Seite 1/1	<b>F-2.37</b>

## Dokumentation über die erfolgte Aufklärung

Patientenname: .....

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihnen wurde im **Aufklärungsgespräch** erläutert, dass die Anwendung von folgenden Medikamenten oder Transfusionen jetzt und/oder in naher Zukunft notwendig wird/ werden könnte.

### Art:

### Menge:

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Erythrozyten („rote Blutkörperchen“)                         | ..... |
| <input type="checkbox"/> Thrombozyten (Blutplättchen)                                 | ..... |
| <input type="checkbox"/> Blutplasma   | ..... |
| <input type="checkbox"/> Albuminlösungen (menschliches Bluteiweiß)                    | ..... |
| <input type="checkbox"/> Immunglobulinlösungen (menschliche Abwehrstoffe, Antikörper) | ..... |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____   |       |

### Durchführung

Die Verabreichung erfolgt nach Venenpunktion mittels einer Tropf-Infusion, so dass Sie sich ca. ....  
(Zeit eintragen) in unserer Praxis aufhalten müssen.

**Notwendigkeit/ Grund der Behandlung:** .....

### Eignung und Erfolgsaussichten

Mit der Gabe der oben genannten Infusion (ggf. mehreren) ist es sehr wahrscheinlich, dass sich Ihr Gesundheitszustand verbessert, so dass wir diese Behandlung empfehlen.

### Zu erwartende Folgen, Nebenwirkungen und Risiken der Maßnahme

Siehe **Patienteninformation zur Übertragung von Blutkomponenten (Bluttransfusion)**. Im Gespräch mit dem Arzt wurde Ihre individuelle Situation besprochen.

**Alternativen** zur Behandlung mit Blutprodukten wurden dargestellt.

### Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Folgendes:

Ich bin über die Behandlung mit Blutprodukten ausführlich mündlich informiert worden. Ich habe die schriftliche Patienteninformation erhalten und alle meine Fragen zu diesem Thema wurden beantwortet. Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt.

### Ich bin mit der Behandlung einverstanden, solange diese medizinisch notwendig ist.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

.....  
Ort, Datum und Unterschrift des Patienten (oder beider Eltern/Sorgeberechtigten)

**Die Behandlung mit Blutprodukten lehne ich nach eingehender Aufklärung ab.** Ich bin darüber informiert worden, dass sich daraus gesundheitliche Nachteile ergeben können.

.....  
Ort, Datum und Unterschrift des Patienten (oder beider Eltern/Sorgeberechtigten)

### Die Aufklärung erfolgte durch:

.....  
Datum und Unterschrift des Arztes