



Name	Vorname	Geb.Datum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Aufklärung

bei Ihnen ist die Durchführung eines operativen Eingriffs an der Bindehaut des Auges geplant. Das Needling dient der Abflussverbesserung nach Zystenbildung. Der Eingriff erfolgt in örtlicher Betäubung (Lokalanästhesie), so dass Sie während der Operation keine Schmerzwahrnehmung empfinden. Sie sind aber während des Eingriffs wach und ansprechbar.

In der Regel wird nach der Operation ein Verband auf das Auge aufgebracht.

In einem Vorgespräch wurde Sinn und Zweck des operativen Eingriffs, die Durchführung und der Ablauf der Operation besprochen. Sollten Sie noch Fragen an Ihren Behandler haben, so stellen Sie diese Fragen vor der Durchführung des operativen Eingriffs oder vereinbaren Sie im Zweifelsfall nochmals einen Termin zur Besprechung unabhängig vom Operationstermin selbst.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis in die Durchführung des oben genannten Eingriffs:

Das Needling wird am rechten linken Auge durchgeführt.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr und fühle mich ausreichend aufgeklärt.
Nach ausreichender Bedenkzeit willige ich hiermit in die geplante Behandlung ein.

Unterschrift der Patientin / des Patienten / beider Eltern* / des gesetzlichen Vertreters	Behandler / Operateur

*Bei minderjährigen Patienten sollten beide Elternteile dem operativen Eingriff zustimmen und die Einwilligungserklärung unterschreiben. Liegt nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert der Unterzeichner mit seiner Unterschrift, dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder, dass er das alleinige Sorgerecht für den minderjährigen Patienten hat.