

Operationsvollmacht Blepharoplastik

**Bitte ausfüllen und am
Operationstag mitbringen**

Operationsort: Baden

Name
Vorname
Strasse, Nr.
PLZ, Ort
Geb.-Datum
Tel.-Nr.

Durch meine Unterschrift gebe ich die Einwilligung zur Durchführung der Blepharoplastik-Operation (Augenlidstraffung):

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oberlid | <input type="checkbox"/> Lokale Betäubung |
| <input type="checkbox"/> Unterlid | <input type="checkbox"/> Stand-by |

Nach gründlicher Überlegung willige ich in den vorgesehenen Eingriff, einschliesslich der Schmerzbetäubung sowie den erforderlichen Untersuchungen und Nebeneingriffen, eventuell auch erforderlichen Folgeeingriffen ein.

Mir ist bekannt, dass besondere Umstände, die erst während des Eingriffes festgestellt werden, zu einer Änderung des Operationskonzeptes mit Erweiterung der Operation zwingen können und erkläre mich auch damit einverstanden.

Ich habe das Operationsverfahren verstanden und mir ist bekannt, dass diesem Eingriff medizinische Grenzen gesetzt sind.

Die wichtigsten Nebenwirkungen wie Wundheilungsstörung, Narbe, Asymmetrie, nicht vollständiger Schluss der Lider oder lang andauernder Schwellungen wurden mir neben anderem erklärt.

Mir ist bewusst, dass die Gewähr, das angestrebte Ergebnis der ärztlichen Bemühungen zu erreichen, vom Arzt nicht übernommen werden kann.

Ich bin darüber informiert worden, dass das Ergebnis nicht immer vorhersehbar ist und dass ein Behandlungsergebnis, das meinen Wünschen entspricht, nicht garantiert werden kann. Weiterhin wurde ich aufgeklärt, dass ein weiterer Folgeeingriff notwendig werden kann.

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige keine zusätzliche Ueberlegungsfrist.

Ueber das erforderliche Verhalten nach dem Eingriff bin ich ebenfalls informiert worden.

Ich willige hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff und in die empfohlene Anästhesie sowie evt. notwendige Folge- und Nebeneingriffe ein.

Über die geplante Operation sowie möglicherweise erforderliche Folgeeingriffe wurde ich aufgeklärt und informiert.

Dabei konnte ich alle mit wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung des Eingriffes, über Risiken und mögliche Komplikationen sowie über Neben- und Folgeeingriffe und ihre Risiken stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Operation ein. Mit medizinisch erforderlichen auch unvorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffes bin ich ebenfalls einverstanden.

Ich weiss, dass hinsichtlich des endgültigen Operationsergebnisses keine Garantien gegeben werden können.

ERKLÄRUNG / VOLLMACHT

Der/die unterzeichnende Patient/in erklärt hiermit, die umseitig aufgeführten Erläuterungen verstanden zu haben und zusätzlich von ärztlicher Seite über den Eingriff orientiert worden zu sein. Er/sie hatte genügend Gelegenheit, Unklarheiten mit dem Arzt/Ärztin zu klären.

Die Orientierung über die Art des Eingriffes erscheint mir ausreichend.

.....
Ort/Datum

.....
Patient/in

**Bei den gegenwärtigen Operationstechniken sind schwere
Komplikationen sehr selten**