

ALLGEMEINE UNTERSUCHUNG

Dokument zur informierten Einwilligung

Formular-Nr.: MOF-001		Rev.-Nr. / Datum: 2026 v09 / 10.07.2026	
PATIENTEN-PROTOKOLL-NR.		DATUM	
TÜRKISCHE ID- / PASSNUMMER		GEBURTSDATUM	
VOR- UND NACHNAME DES PATIENTEN		GESCHLECHT	
DIAGNOSE			

Mein Arzt hat mich über die folgenden Punkte ausführlich informiert:

- Die wahrscheinlichen Ursachen meiner Erkrankung und ihr voraussichtlicher Verlauf
- Wie die Behandlung durchgeführt wird, ihre voraussichtliche Dauer und ihre Kosten sowie die Möglichkeit, bei Bedarf Konsultationen anderer Ärzte anzufordern
- Andere Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sowie der Nutzen und die Risiken dieser Möglichkeiten und ihre möglichen Auswirkungen auf meine Gesundheit
- Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen
- Die möglichen Vorteile und Risiken, die sich im Falle einer Ablehnung der Behandlung ergeben können
- Die wichtigen Eigenschaften der einzusetzenden Medikamente
- Lebensstilempfehlungen, die für meine Gesundheit entscheidend sind oder meine Behandlung ergänzen
- Dass bei den von meinem Arzt geplanten Eingriffen und/oder Behandlungen Situation(en) auftreten können, die zusätzliche, über das Geplante hinausgehende Eingriffe und Behandlungen erforderlich machen
- Wie ich bei Bedarf in derselben Angelegenheit medizinische Hilfe erreichen kann

Ich habe Informationen über meine Erkrankung und den Behandlungsprozess erhalten. Ich habe die mir mündlich vermittelten Informationen verstanden und wurde über die Themen informiert, über die ich Auskunft wünschte. Ich habe meinem Arzt mitgeteilt, dass ich keine weiteren Fragen habe. **Aus meinem eigenen freien Willen erteile ich meine Einwilligung zu dieser Untersuchung.**

Unterschriften

	Vor- und Nachname	Unterschrift	Datum / Uhrzeit
Patient			

	Vor- und Nachname	Unterschrift	Datum / Uhrzeit
Gesetzlicher Vertreter / Angehöriger des Patienten (Verwandtschaftsgrad:)			
Verantwortlicher Arzt	Dr. Özgür Akşan		