

Name:

Vorname:

Datum:

Sind Sie im allgemeinen gesund? Welche Erkrankungen liegen vor?

Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten gegen Medikamente?

Lokale Betäubungsmittel?

Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen?

**Aufklärung über die Operation :**

|   |   |
|---|---|
| q | allg. OP-Risiken: Blutung, Nachblutung, Infektion, Wundheilungsstörungen, Erfolglosigkeit; Rezidiv, evtl. Re-operation; |
| q | vorübergehende Schwellung des weichen Gaumens, Schluckstörungen, Sprachschwierigkeiten, Engegefühl                      |
| q | Trockenheitsgefühl in der Nase, Krustenbildung, langdauernde Wundheilung  |
| q | Wunden am weichen Gaumen  |
| q | Ausbildung eines "Loches" im weichen Gaumen   |
| q | Rückbildung des Zäpfchens   |
| q | Notwendigkeit mehrerer Eingriffe  |

Mit der Operation und allen sich bei der Ausführung des Eingriffs als notwendig erweisenden Massnahmen bin ich nach dem geführten Gespräch einverstanden.

Ich bestätige, dass Herr Dr. Beck / Prof. Dr. Hauser / Dr. Tchiplakov / Dr. Popp / Fr. Dr. Kohlberger mich über die Art, die Bedeutung, die Folgen, die konservativen und operativen Alternativen und die möglichen Komplikationen verständlich und erschöpfend aufgeklärt hat.

Freiburg, den

Unterschrift des Pat. oder seines Erziehungsberechtigten