



Einverständniserklärung

Magenspiegelung (Oesophago-Gastro-Duodenoskopie)

Aufklärungsprotokoll abgegeben von:

Datum:

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen.

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Magenspiegelung aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Magenspiegelung habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

ja nein

Ich bin mit der Durchführung der Magenspiegelung einverstanden.

☐ ☐

ja nein

Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder

☐ ☐

Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden.

Name Patient/in

Name Arzt

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

.....

.....

.....

.....

Für Patienten, die nicht selbst ihr Einverständnis geben können:

Gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter

Name Arzt

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift Vertreter/
Bevollmächtigter

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

.....

.....

.....

.....