



## Einverständniserklärung

für die Durchführung einer intravitrealen Ozurdex-Implantation

**Auge**  rechtes Auge  linkes Auge

**Betäubung**  Tropfanästhesie  Retrobulbäranästhesie

Intubationsnarkose  Infiltrationsanästhesie

**Zur Behandlung von:** \_\_\_\_\_

Die Patienteninformation soll Ihnen die Operation erklären und Sie auf die allerdings sehr selten vorkommenden nachteiligen Folgen aufmerksam machen.

Bitte lesen Sie sie sorgfältig durch oder lassen Sie sich diese vorlesen. Stellen Sie bei Unklarheiten Fragen, bevor Sie die Einverständniserklärung zur Operation geben.

Mir wurde die Operation erklärt. Ich bin einverstanden, sofern sich während der Operation die Notwendigkeit ergibt, die Operation in einer abgeänderten Form Durchzuführen, ohne dass ich zuvor nochmals über die abgeänderte Operation aufgeklärt werden muss und somit die Operation abgebrochen werden müsste. In diesem Sinne bin ich mit unvorhersehbaren, notwendigen Erweiterungsmassnahmen während der Behandlung einverstanden.

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.

Ich hatte genügend Gelegenheit, Unklarheiten mit Dr. Stemmle zu klären.  
Die Orientierung über die Art des Eingriffes erscheint mir ausreichend.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in