



## Martin F. J. Bauer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)  
Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTÜM e. V.), Reisemedizin  
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt, Medizinischer Gutachter  
Hauptstraße 71 • 12159 Berlin, Tel: (030) 810 309 55 -0 • Fax: - 9  
team@hausarzt-bauer.eu • www.hausarzt-bauer.eu

## Patientenaufklärung

Zeit: \_\_\_\_\_ - Name, Vorname, Geb.: \_\_\_\_\_

Geplante Maßnahme: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich über meine Erkrankung \_\_\_\_\_  
ausführlich und umfassend aufgeklärt wurde, auch über mögliche Risiken und Folgen, die auftreten können.

- Blutung, Verletzung von Gefäßen, Nachblutung, Hämatom
- Nervenverletzung, -schäden, -störungen (z.B. durch Kompression)
- Entzündung, Spritzenabszess (erhöht bei Immunsuppression und/oder Diabetes mell.), Infektion.
- Verletzung umliegender Strukturen
- Komplikationen nicht unbedingt unmittelbar am Ort der Prozedur: wie durch Schwellen der Hand – deshalb bei Prozeduren am Arm bitte vorher die Ringe entfernen.
- Komplikationen bei ruhigstellenden Verbänden, insbesondere bei Verletzungen: Hautläsionen, Engpass-Syndrome, Gelenkversteifungen, Muskelverkürzungen, Sehnenverklebungen, Inaktivitätsatrophie, Dystrophie („Fraktur-Krankheit“).
- Ggf. dauerhafte körperliche Schäden, Lebensgefahr bei z. B. allergischen Reaktionen, Thrombosen und Lungenembolie, erhöht bei Rauchern.
- Arzneimittelnebenwirkungen: z. B. Allergie, andere Unverträglichkeiten

s. Medikamentenaufklärung!

- Alternative Therapien:
- \_\_\_\_\_

- Sonstiges:
- \_\_\_\_\_

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit vollständig beantwortet, ich habe alle Ausführungen verstanden, keine weiteren Fragen mehr und bin mir der Schwere meiner Erkrankung bewusst. Änderungen meiner Medikation sowie neu aufgetretene Allergien teile ich meinem behandelnden Arzt unverzüglich mit. Ich bestätige, dass ich keine gerinnungshemmende („blutverdünnende“) Therapie einnehme.

Berlin, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/s Patientin/en  
Betreuer / Erziehungsberechtigte

\_\_\_\_\_  
Arzt/Stempel

### **Wichtiger Hinweis:**

Die/Der unterschreibende Erziehungsberechtigte unterschreibt in Vertretung eines etwaigen weiteren Erziehungsberechtigten und versichert mit seiner Unterschrift, dass sie/er hierzu legitimiert ist.