



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 (z. B. Gehirn mit Schlaganfall), Nachblutung, Hämatom, Anämie
- Verminderung der Blutplättchen (Thrombozyten – sog. HIT, 2 Formen bek.), vorher und nach Beginn zunächst engmaschige Kontrollen notwendig
- Osteoporose (insbes. bei Langzeittherapie)
- Haarausfall (selten)
- Meist reversible Erhöhung von Leberfunktionswerten
- Oedeme (Wassereinlagerungen)
- Ggf. Möglichkeit der dauerhaften körperlichen Schäden, Lebensgefahr bei z. B. allergischen Reaktionen, Thrombosen und Lungenembolie, erhöht bei Rauchern (auch ohne THROMBOSEPROPHYLAXE!).
- 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 mich um notwendige Kontrolltermine kümmere und diese auch wahrnehme.

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.