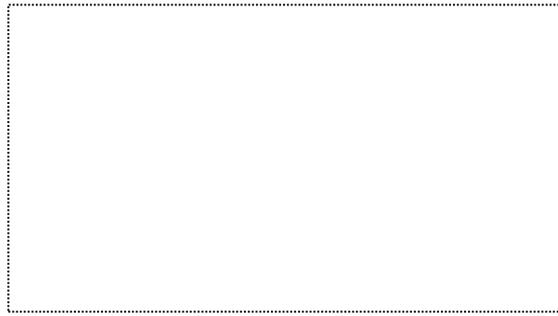


**Aufklärungs-  
und  
Einverständnisformular  
für  
Hornhauttransplantation**

**Pat.:** .....

**geb. am:** .....

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR KERATOPLASTIK



Bei mir, Frau/ Herrn ..... soll eine **Keratoplastik (Hornhautverpflanzung)** durchgeführt werden.

Ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden. Mir wurde ein Exemplar des Aufklärungs- und Einwilligungsformulars ausgehändigt.

Über den Ablauf, Erfolgsaussichten und Risiken wurde ich informiert.

Alle meine Fragen sind von meinem Arzt vollständig und verständlich beantwortet worden. Insbesondere wurden auf meinen Wunsch noch folgende Punkte besprochen:

.....

Es ist mir bekannt, dass neben den beschriebenen Nebenwirkungen und Komplikationen auch andere bisher nicht aufgetretenen Komplikationen vorkommen können und es in der Natur der Medizin liegt, dass eine Garantie für den Operations- und Behandlungserfolg nicht gegeben werden kann. Insbesondere wurde ich über folgende mögliche Komplikationen aufgeklärt:

• Infektionen	• Eintrübung der Linse
• Wundheilungsstörung	• Eintrübung und Abstoßung des Transplantates
• Blutung	• Fadenlockerung
• Sehverschlechterung bis zur Erblindung	• Fadenentfernung i.d. Regel nach 1 Jahr
• Augendruckerhöhung	• Notwendigkeit zur Vollkorrektur mit Brille oder Kontaktlinse
• Materialunverträglichkeit	
• Verletzungen an der Iris oder Linse	• Auftreten von Hornhautverkrümmungen

Auf mögliche berufliche und private Konsequenzen auch in diesen Fällen wurde ich ausdrücklich hingewiesen. Nach der Operation sollte man zunächst nicht auf Autofahren angewiesen sein.

Datum: ..... Unterschrift des Patienten: .....

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass unerwünschte Nebenwirkungen auch für den Fall auftreten können, dass sich beim ersten Auge eine Komplikation zeigt und deshalb das zweite Auge erst zu einem späteren Zeitpunkt oder vielleicht auch gar nicht operiert werden kann.

Die bei mir geplante Keratoplastik soll

am  linken Auge      am  rechten Auge      an  beiden Augen durchgeführt werden.

**Ich willige hiermit in den vorgeschlagenen Eingriff/ in die vorgeschlagene Eingriffe ein.**

Ich versichere, dass ich alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe. Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich ausführlich informiert. Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten zur medizinischen Auswertung und Erfolgsüberwachung verwendet werden, wobei mein Name nicht genannt wird. Ich bin auch damit einverstanden, dass die gesamte Operation auf Video aufgezeichnet sowie mittels Fernsehen in das Wartezimmer übertragen wird, um Angehörigen und Interessierten die Verfolgung der Operation zu ermöglichen. Zur Sicherheit werden weder Namen noch andere persönliche Daten bekannt gegeben.

Anfallende Leistungen von Privatkliniken oder der dort konsultierten Ärzte werden von diesen getrennt verrechnet. Insbesondere wurde mir auch erläutert, dass die Krankenkassen nach bisherigem Kenntnisstand für diesen Eingriff bei medizinischer Indikation einen Tagessatz zurückerstatten.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle Kosten für das Hornhauttransplantat, die vor der Operation anfallen und im Operationshonorar nicht enthalten sind wie Registrierungs-, Beschaffungs- und Transportkosten von mir getragen werden müssen, auch wenn ich von der Operation zurücktrete.**

Ich verpflichte mich auch, die mit dem vereinbarten Termine zur Nachkontrolle verlässlich einzuhalten. Die Kosten für Vor-, und Nachuntersuchungen, die im Zusammenhang mit der Operation durchgeführt werden, sind im Operationshonorar nicht enthalten.

Als Gerichtsstand und Erfüllungsort wird Wien vereinbart.

**Ich habe die Aufklärung verstanden, fühle mich ausreichend informiert und wünsche keine weitere Aufklärung.**

Ort: ..... Datum: .....

Unterschrift des aufklärenden Arztes: .....

Datum: ..... Unterschrift des Patienten: .....

Absage von Terminen

Bei Terminabsagen bis 2 Wochen vor der geplanten Operation, werden dem Patienten die bis zum Zeitpunkt der Absage entstandenen Kosten weiterverrechnet.

Ort: ..... Datum: .....

Unterschrift: .....

Datum: ..... Unterschrift des Patienten: .....