

Einverständniserklärung

Teilspiegelung des unteren Dickdarms (flexible Sigmoidoskopie)

Aufklärungsprotokoll abgegeben von:

Datum:

Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die Teilspiegelung des unteren Dickdarms (flexible Sigmoidoskopie) aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der Teilspiegelung des unteren Dickdarms inklusiver einer allfälligen Polypenentfernung habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich bin mit der Durchführung der Teilspiegelung des unteren Dickdarmes inklusive einer allfälligen Polypenentfernung einverstanden.

ja nein

Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden.

Ich bin mit der Abrechnung im Tiers payant-System (Rechnung direkt an die Krankenversicherung) einverstanden

Falls Sie eine Abrechnung im Tiers garant-System wünschen (Rechnung geht an den Patienten), lassen Sie uns das bitte wissen

Gerichtsstand ist Basel-Stadt, Schweiz

Name Patient / Gesetzlicher Vertreter oder Bevollmächtigter:

MagenDarm Basel:

Ort | Datum:

Ort | Datum:

Unterschrift Patient:

Unterschrift Arzt:

Ausgefülltes Formular bitte per Fax +41 61 302 02 03 oder per E-mail an info@magendarmbasel.ch senden.

Aufklärungsunterlagen empfohlen durch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie SGGSSG, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der Stiftung Patientenschutz SPO.

