

Einverständniserklärung

zur unteren Endosonographie (interner Ultraschall über den After)

Aufklärungsprotokoll abgegeben von:

Datum:

Ich, die/der Unterzeichnende habe von dem Informationsblatt Kenntnis genommen. Ich wurde durch die Ärztin/den Arzt über den Grund (Indikation) für die untere Endosonographie aufgeklärt. Art, Ablauf und Risiken der unteren Endosonographie habe ich verstanden. Meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

	ja	nein
Ich bin mit der Durchführung der unteren Endosonographie einverstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Verabreichung von Schlaf- und/oder Schmerzmedikamenten zur Untersuchung einverstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Abrechnung im Tiers payant-System (Rechnung direkt an die Krankenversicherung) einverstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.

