

- ORL Lugano
- ORBV Bellinzona
- OBV Mendrisio
- ODL Locarno

Tel. 091 811 61 70
Tel. 091 811 86 31
Tel. 091 811 32 12
Tel. 091 811 47 02

Fax 091 811 61 68
Fax 091 811 87 39
Fax 091 811 30 30
Fax 091 811 44 59

Informierte Zustimmung für gastroenterologische Verfahren

(Bitte spätestens am Vortag der Untersuchung datieren und unterschreiben. Zur Untersuchung mitbringen)

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____

Gastroenterologisches Verfahren

- Gastroskopie (Magenspiegelung)
- Koloskopie (Darmspiegelung)
- ERCP (Darstellung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel)
- Endosonographie (interner Ultraschall)
-

Der/die Unterzeichnete bestätigt, die Informationsbroschüre gelesen zu haben und über den Grund (Indikation), die Durchführungsweise der Untersuchung oder des Eingriffs und die diesbezüglichen Risiken klar, verständlich und vollständig informiert worden zu sein.

Meine gestellten Fragen wurden vollständig beantwortet: ja nein

Ich bin mit dem vorgeschlagenen Verfahren einverstanden: ja nein

Ich wünsche ein Beruhigungsmittel: ja nein

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____
oder therapeutischer/gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum: _____ Unterschrift Arzt/Ärztin: _____