

**DR. MED. MICHAEL HARTMANN**  
FACHARZT FÜR ORTHOPÄDIE  
DIPLOMSPORTLEHRER  
SPORTMEDIZIN • CHIROTHERAPIE

**DR. MED. GERALD GROHE**  
FACHARZT FÜR ORTHOPÄDIE  
SPORTMEDIZIN • CHIROTHERAPIE  
NOTFALLMEDIZIN



**ORTHOPÄDISCHE PRAXIS :**  
Henri - Dunant - Straße 30  
64807 Dieburg  
Tel.: 06071 / 22030  
Fax: 06071 / 23399

E-mail : Die-Orthopaeden-Dieburg@t-online.de  
www.Die-Orthopaeden-Dieburg.de

**BELEGABTEILUNG :**  
St. Rochus - Krankenhaus  
64807 Dieburg  
Tel.: 06071 / 205-0

**AMBULANTE OPERATIONEN :**  
OP - Zentrum Neu - Isenburg  
Robert - Koch - Straße 5  
63263 Neu - Isenburg  
Tel.: 06102 / 882773 - 0

.....  
**BELEGÄRZTE AM ST. ROCHUS – KRANKENHAUS DIEBURG**  
**BG – H – UNFALLÄRZTE**

## Operationsaufklärung Arthroskopie Schultergelenk

( Aufklärungsbestätigung und Einverständniserklärung zu Behandlungsmaßnahmen )

**links / rechts**

Diagnose: \_\_\_\_\_

Operation: \_\_\_\_\_

Die Art der Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten wurden mir eingehend in Wort und Bild erläutert. Ich wurde auf die Folgen aufmerksam gemacht, die eintreten können, wenn die beabsichtigte Behandlung unterbleibt. Über Ziel, Wirkungsweise und Erfolgchancen der operativen Behandlungsmaßnahmen wurde ich in einem ausführlichen Gespräch informiert.

### Insbesondere wurde ich über folgende Risiken aufgeklärt:

Infektionen der Haut, der Weichteile, des Knochens  
Verletzung von Blutgefäßen ( Blutungen, Bluterguss in Haut und Gelenk, etc.)  
Verletzung von Nerven mit Gefühlsstörungen und Lähmungen  
Instrumentenbruch  
Bandverletzungen innen/außen  
Frakturen und Knorpelläsionen  
Thrombose (mit Lungenembolie und Todesfolge)  
Keine Besserung bzw. Verstärkung der Beschwerden  
.....

Mir wurde erklärt, dass solche Folgen nur selten auftreten. Die Ärzte und deren Mitarbeiter handeln nach bestem Wissen und Gewissen, aber eine Garantie für den gewünschten Erfolg kann nicht übernommen werden. Alle von mir gestellten Fragen, die meine Krankheit und die vorgesehene Behandlung betreffen, wurden von dem aufklärenden Arzt in mir verständlicher Weise beantwortet.

Mit der Verabreichung von Fremdblutkonserven bin ich bei medizinischer Notwendigkeit einverstanden. Mir ist bekannt, dass die Narkose durch die Anästhesieabteilung des St. Rochus-Krankenhauses erfolgt, in eigener Verantwortung durchgeführt wird und eine gesonderte Aufklärung erfolgt. Mit der Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen und weiterer, nicht vorher besprochener operativer Maßnahmen bin ich einverstanden, wenn diese zur Abwendung von Lebensgefahr oder einer eventuellen unvorhergesehenen wesentlichen Gefährdung des Behandlungserfolges notwendig erscheinen.

Dieburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes