

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Injektions-Aufklärungsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie in unserer neurochirurgischen Praxis. In vielen Fällen suchen Sie diese Praxis auf, weil Sie an Schmerzen leiden. **Nach ausführlicher Diagnostik und Rücksprache zwischen Ihnen und den Ärzten** werden in vielen Fällen Medikamente als Injektion, als Nervenblockaden, i.m. Injektionen oder als Infusionen erforderlich sein. Die allgemeinen Risiken von Nervenblockaden und Injektionen sind als gering einzustufen. Trotzdem können in seltenen Fällen Entzündungen, Nervenschädigungen, sowie auch in seltenen Fällen eine Schockwirkung mit lebensbedrohlichen Komplikationen auftreten. **Falls Sie an Allergien leiden oder Medikamente zur Blutverdünnung einnehmen, sagen Sie es bitte vor jeder Injektion.**

Wir hoffen mit allen Maßnahmen eine deutliche Besserung des Beschwerdebildes zu erreichen.

- Ich bin mit den Maßnahmen einverstanden.
 Ich lehne jegliche Injektionen ab.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Ich möchte einen Bericht für den

- überweisenden** Arzt
und/oder

- meinen **Hausarzt** _____

_____ Name des Arztes

- Ich möchte **keinen** Bericht für meinen Arzt

Ihre Tel. Nr.: _____

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten u. Befunden § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Information an meinen Arzt weiterzuleiten. Mein Arzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Arzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Information weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Information nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten _____