

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

## FÜR DIE HERZKATHETERUNTERSUCHUNG



Name des Patienten/Kindes: ..... Geburtsdatum: .....

Art des Eingriffs:

Wir wurden über den bei unserem Kind vorgesehenen Eingriff durch  
Dr. .... informiert und sind damit einverstanden.

Wir wurden über den Zweck, die Erfolgchancen und das Risiko sowie andere Behandlungsmöglichkeiten  
informiert.

Insbesondere wurden wir über den Zweck des Eingriffs und den Ablauf aufgeklärt. Das damit verbundene  
Risiko ist uns bekannt. Wir wissen, dass in seltenen Fällen bei Herzkatheteruntersuchungen Blutungen z. B.  
an der Einstichstelle und Störungen des Herzrhythmus auftreten können, die eine Behandlung notwendig  
machen. Andere ernsthafte Komplikationen (schwere Allergie auf verwendete Medikamente, Durch-  
blutungsstörungen der Beine, Gerinnselbildung in den Arterien, Nierenstörungen, Schlaganfälle usw.) sind  
sehr selten und treten in weniger als 1 Prozent der Untersuchungen auf.

Wir haben die uns gegebenen Informationen verstanden. Unsere Fragen wurden befriedigend beantwor-  
tet.

Unterschrift Eltern/gesetzliche/r Vertreter/in:

Unterschrift Arzt/Ärztin:

Ort/Datum:

Ort/Datum:

