

Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj – Napoca

Universitätsklinik für Kinder Cluj-Napoca

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PATIENT/ELTERNTEIL/GESETZLICHER VERTRETER

Station / Abteilung: _____

Daten über Patient/Elternteil/gesetzlichen Vertreter: Ich _____ wohnhaft in _____ ausgewiesen durch Personalausweis Serie ____ Nr. _____, als:

Patient (nur bei volljährigen Patienten)

Elternteil des Patienten/der Patientin _____, __ Jahre und __ Monate alt, persönliche Kennziffer des Patienten/der Patientin _____

gesetzlicher Vertreter des Patienten/der Patientin _____, __ Jahre und __ Monate alt, persönliche Kennziffer des Patienten/der Patientin _____, Nachweisdokument des gesetzlichen Vertreters (z.B.: Vollmacht Nr. _____)

erkläre hiermit, dass ich vom Dr. _____ über den folgenden Umständen unterrichtet wurde:

Medizinische Handlung (Beschreibung): _____

Empfohlener chirurgischer Eingriff: _____

1. Mir wurden die folgenden Informationen über die medizinischen Verfahren mitgeteilt (wird ausgefüllt sobald die Informationen verfügbar sind):

✓ Angaben über den Gesundheitszustand	Ja	Nein
✓ Verdachtsdiagnose / Diagnose	Ja	Nein
✓ Prognose	Ja	Nein
✓ Art und Zweck der vorgeschlagenen medizinischen Handlung	Ja	Nein
✓ Vorgeschlagener Eingriff und therapeutische Strategie	Ja	Nein
✓ Vorteile und Folgen der medizinischen Handlung _____	Ja	Nein
✓ Mögliche Risiken der medizinischen Handlung (inkl. Infektionsrisiko) und unvorhersehbare Risiken (inkl. Todesrisiko, egal wie klein) _____	Ja	Nein
✓ Sinnvolle Behandlungsalternative und ihre Risiken _____	Ja	Nein
✓ Risiken der Nichtdurchführung der Behandlung	Ja	Nein
✓ Risiken der Nichtbeachtung von medizinischen Empfehlungen	Ja	Nein

2. Andere bereitgestellte Informationen

✓ Informationen über verfügbare medizinische Dienstleistungen	Ja	Nein
✓ Informationen über die Identität und berufliche Position des medizinischen Personals das den Patient betreut	Ja	Nein
✓ Informationen über die zu beachtenden Regeln der medizinischen Einheit – die innere Ordnung für den Patient/Eltern/gesetzlichen Vertreter (erhalten bei der Aufnahme)	Ja	Nein
✓ Recht zu medizinischer Zweitmeinung	Ja	Nein

3. Falls während des therapeutischen Eingriffs unvorhersehbare Situationen oder Bedingungen eintreten, die über die von mir bereits genehmigten Handlungen (inkl. Transfusion) hinaus zusätzlichen Verfahren erfordern, akzeptieren ich hiermit, dass der behandelnde Arzt entsprechend seiner beruflichen Ausbildung handelt, aber nur wenn diese Verfahren völlig medizinisch gerechtfertigt und im Interesse und für das Wohlbefinden des Patienten sind.

	Ja	Nein
--	----	------

Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj – Napoca

Universitätsklinik für Kinder Cluj-Napoca

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PATIENT/ELTERNTEIL/GESETZLICHER VERTRETER

<p>4. Mir wurde mitgeteilt, dass der medizinische Versorgungsprozess vom Bildungsprozess verdoppelt ist und ich stimme meiner Teilnahme, innerhalb der Grenzen des Anstands und Feingefühl, an dem Bildungsprozess, einschließlich der Visite und der kleinen Interventionen des in Ausbildung stehenden Personals zu, solange diese die Qualität der medizinischen Versorgung nicht beeinträchtigen. Mir wurde mitgeteilt, dass ich es grundsätzlich oder zum Zeitpunkt meiner Wahl, ohne jede Begründung und unbeschadet meiner Rechte als Patient ablehnen kann. Ich stimme der Teilnahme an dem medizinischen Bildungsprozess, der Durchführung der medizinischen Untersuchung von dem in Ausbildung stehenden Personal zu didaktischen Zwecken und der Verwendung der Fachinformationen über meinen Gesundheitszustand im Ausbildungs- und Forschungsprozess zu.</p>	Ja	Nein
<p>5. Ich stimme der Verwendung der Analyseergebnisse zur Festlegung der Diagnose und Behandlung der derzeitigen Krankheit in etwaigen wissenschaftlichen Studien der Klinik, unter Beachtung der Rechte des Patienten auf Vertraulichkeit zu.</p>	Ja	Nein
<p>6. Mit ihrer Zustimmung wird sich <u>das Kind einer Venenpunktion</u> mit Entnahme von wenigen Milliliter Blut mit einer Nadel von einer Vene unterziehen. Die Stelle der Punktion wird sorgfältig mit Alkohol desinfiziert. Es werden nur sterile Instrumente für einmaligen Gebrauch verwendet und das Verfahren wird ein paar Minuten dauern und von medizinischen Fachpersonal durchgeführt. Für Ihre Sicherheit als Angehörige, empfehlen wir angesichts der emotionalen Einbeziehung dass Sie, in manchen Fällen, an solchen Entnahmeverfahren nicht teilnehmen. In manchen Situationen, bei Kleinkindern ist eine leichte Immobilisierung durch das medizinische Hilfspersonal – in einzelnen Fällen mit Hilfe eines der Elternteile - erforderlich. Diese Immobilisierung ist erforderlich um eine Verletzung des Kindes zu vermeiden und für ein schnelles und für den Patient sicheres Entnahmeverfahren. Beim Kontakt mit dem medizinischen Personal oder beim Anblick der Nadel oder während der Venenpunktion kann das Kind unruhig reagieren oder wegen des Nadelstichs oder der Aufgeregtheit können manche Kinder auch in Ohnmacht fallen (Lipothymie: Malaise mit verschwommenen Sehen, temporäre Bewusstseinsstörungen, Blässe, Schwitzen, die wenigen Minuten dauern aber danach kommt der Patient wieder zu Bewusstsein). Es besteht auch das Risiko einer kleinen Blutung und eines Hämatoms (Bluterguss) an der Punktionsstelle. In sehr seltenen Fällen, besteht das Risiko einer lokalen Infektion: die gestochene Vene kann schmerzhaft und/oder die Stelle rot werden. In allen diesen Fällen wird mit maximaler Vorsicht zur Reduzierung möglicher Komplikationen gehandelt. In Ausnahmefällen werden Sie gebeten einer neuen Entnahme zuzustimmen. Angesichts des kleinen Alters, bei Fieber oder anderen Krankheitsänderungen kann die Blutentnahme möglicherweise beim ersten Versuch nicht gelingen und sind weitere Venenpunktionen, manchmal mit Hilfe einer anderen Krankenschwester, erforderlich. Aber wir sichern Ihnen, dass diese wiederholten Punktionen nur dann im selben Tag durchgeführt werden, wenn die Analysen dringend notwendig sind (z.B. Schwierigkeit des Falles, Festlegung einer dringenden Behandlung, usw.) und mit maximaler Vorsicht um die Beschwerde des Kindes zu reduzieren. Ich stimme der Durchführung von Laboruntersuchungen zur Festlegung der Diagnose für den Patient (gegebenenfalls) zu:</p>		
<p>✓ Venenblutentnahme (falls notwendig, mit Anlage eines peripheren Venenkatheters), arteriell oder kapillar</p>	Ja	Nein
<p>✓ Entnahme von Pharynx- und/oder Nasenabstich</p>	Ja	Nein
<p>✓ Entnahme vom Sputum</p>	Ja	Nein
<p>✓ Sekretentnahme: Ohrsekret, konjunktivale Probe, Vaginalsekret, aus einer Wunde</p>	Ja	Nein
<p>✓ Urinprobe</p>	Ja	Nein
<p>✓ Stuhlprobe</p>	Ja	Nein
<p>Ich stimme der Bewahrung und Verwendung von biologischen Produkten für eventuelle zusätzliche Analysen zu.</p>	Ja	Nein
<p>7. Ich stimme der Durchführung von nichtinvasiven Untersuchungen zur Festlegung der Diagnose zu:</p>	Ja	Nein

Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj – Napoca

Universitätsklinik für Kinder Cluj-Napoca

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PATIENT/ELTERNTEIL/GESETZLICHER VERTRETER

<p>8. Falls die venöse Verabreichung von Arzneimitteln mehrmals, für längere Zeit durchgeführt wird, dann ist die Anlage einer Hohlnadel erforderlich – ein steriles Röhrchen für einmaligen Gebrauch, das innerhalb einer Vene eingelegt wird. Angesichts des kleinen Alters, bei Fieber oder anderen Krankheitsänderungen kann die Anlage der Hohlnadel möglicherweise beim ersten Versuch nicht gelingen und sind weitere Venenpunktionen, manchmal mit Hilfe einer anderen Krankenschwester, erforderlich. Aber wir sichern Ihnen, dass diese wiederholten Punktionen mit maximaler Vorsicht durchgeführt werden um die Beschwerde des Kindes zu beschränken.</p> <p>Ich stimme der Behandlung zu und nehme diese Behandlung, die durch die vom Arzt empfohlenen Wege verabreicht wurde an: digestiv (mündlich – inklusiv durch eine transnasale Magensonde; rektal – Zäpfchen, Lösungen), respiratorisch (Aerosole), nasal (Nasentropfen), okular (Tropfen im Bindehautsack), kutan (Creme, Salben), injizierbar (subkutan, intradermal, intramuskulär, intravenös, Impfung); enterale Ernährung mit transnasaler Magensonde, parenterale Ernährung. Falls erforderlich, stimme ich der Durchführung einer Psychodiagnose und einer logopädischen Untersuchung zu und akzeptiere die klinische Intervention des Psychologen und/oder die kinetotherapeutischen/physiotherapeutischen Manöver.</p>	Ja	Nein		
<p>9. Mir wurde mitgeteilt, dass alle Arzneimitteln Nebenwirkungen aufweisen können - manche häufiger, andere seltener, manche leicht, andere schwer. Falls ich mein Kind während dem Krankenhausaufenthalt begleite, dann stimme ich zu, dass es meine Verantwortung ist bei dem Auftreten eines neuen Ereignisses nach Einnahme eines Arzneimittels, den behandelnden Arzt – oder den Bereitschaftsarzt oder die Krankenschwester - unverzüglich zu benachrichtigen, damit diese mir sagen können ob diese Ereignisse mit dem Arzneimittel verbunden sind, was weiter gemacht wird und welche die therapeutischen Alternativen sind.</p>	Ja	Nein		
<p>10. Ich erwähne, dass ich dem Arzt über alle Arzneimittel, die der Patient jetzt während der Behandlung nimmt und vor der Aufnahme genommen hat (inkl. Antikoagulanzen oder Thrombozytenaggregationshemmer) informiert habe und diese sind:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
<p>11. Durchführung von radiologischen Untersuchungen</p>	<p>Datum der Zustimmung</p>	<p>Unterschrift</p>		
<p>1. Radiographie</p>		<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
<p>2. Computertomographie</p>		<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
<p>3. MRT</p>		<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
<p>4. Andere Untersuchungen _____</p>		<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
<p>12. Durchführung von invasiven Untersuchungen oder therapeutischen Verfahren</p>	<p>Datum der Zustimmung</p>	<p>Unterschrift</p>		
<p>1.</p>		<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
<p>2.</p>		<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
<p>3.</p>		<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
<p>13. Mir wurde mitgeteilt, dass ich meine Zustimmung für einen Eingriff/Verfahren zu jeder Zeit, während dem Aufenthalt, zurückziehen kann (vor der Durchführung des Eingriffes/Verfahrens) mit Übernahme der aus dieser Entscheidung resultierenden Risiken.</p>				
<p>14. Der Patient/Elternteil/gesetzliche Vertreter möchte weiter über den Gesundheitszustand des Patienten informiert werden.</p>		<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
<p>15. Ich stimme der Mitteilung von Informationen über den Gesundheitszustand und medizinischen Angaben des Patienten an den unten erwähnten Personen zu. Das ist mein Wunsch und wurde in vollem Bewusstsein ausgedrückt:</p>				
<p>Name und Vorname der vom Patient/Elternteil/gesetzlichen Vertreter genannten Person/Personen</p>	<p>Eigenschaft der Person (Verwandtschaftsgrad / andere Beziehung)</p>			
<p>1.</p>				

Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj – Napoca

Universitätsklinik für Kinder Cluj-Napoca

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PATIENT/ELTERNTEIL/GESETZLICHER VERTRETER

2.	
3.	

HINWEIS

Entsprechend den Anforderungen der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), die Universitätsklinik für Kinder Cluj-Napoca verarbeitet, im guten Glauben und entsprechend den geltenden gesetzlichen Vorschriften, Ihre personenbezogenen Daten nämlich: Name und Vorname, Wohnort und persönliche Kennziffer, Telefon, Email, usw. (inkl. anderer angegebenen Daten), erforderlich für die Leistung medizinischer Dienste.

Wir beachten und sichern, unter Berufsgeheimnis, die Beachtung der internen Regelungen für Datenschutz. Wir machen die Daten nur in Ihrem Interesse oder zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen offenbar. Datenvertraulichkeit ist für uns nicht nur eine berufliche Verpflichtung, sondern auch ein wesentlicher Wert.

Der Zweck der Datensammlung entspricht der geltenden Gesetzgebung. Wir überarbeiten die gesammelten Daten jährlich und analysieren die Notwendigkeit ihrer Speicherung zu den erwähnten Zwecken, entsprechend Ihrer berechtigten Interessen oder zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen des Krankenhauses. Die nicht erforderlichen Daten werden gelöscht.

Ihre personenbezogenen Daten können gegebenenfalls an externen Mitarbeitern des Krankenhauses oder an Dritte weitergeleitet werden. Es werden keine weiteren Datenübermittlungen an anderen Empfänger durchgeführt, soweit eine gesetzliche Verpflichtung dafür nicht besteht (z.B.: Verarbeitung durch Steuerbehörden, Polizei, Justiz, Sozialschutz). Wir verwenden entsprechende technische Mittel für eine sichere Datenspeicherung. Wir verarbeiten die Daten zu keinen sekundären Zwecken, die den Zwecken wofür diese gesammelt wurden nicht entsprechen.

Sie sind Inhaber des Rechts auf Zugang, Eingriff, Löschung, Korrektur und Übertragung der mitgeteilten Daten. Trotzdem, können es Gründe geben die die sofortige Löschung Ihrer Angaben nicht erlauben - z.B. verbindliche Aufbewahrungsfristen, anhängende Rechtssachen, Ansprüche, Ausübung oder Verteidigung gesetzlicher Rechte, usw.

Ich erkläre hiermit, dass ich über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Universitätsklinik, entsprechend den gesetzlichen Vorschriften (Verordnung Nr. 679/2016) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und freien Datenverkehr, unterrichtet wurde.

Ich bestätige hiermit, dass ich die vorgenannten Umstände verstehe und annehme und erkläre mein

EINVERSTÄNDNIS

NICHEINVERSTÄNDNIS

mit der Durchführung der medizinischen Handlung.

Ich verpflichte mich dem abwesenden Elternteil diese Einverständniserklärung mitzuteilen.

Datum: ____ / ____ / ____ Uhr: ____

Unterschrift des Patienten/Elternteils/gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des unterrichtenden Arztes: _____

Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj – Napoca

Universitätsklinik für Kinder Cluj-Napoca

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PATIENT/ELTERNTEIL/GESETZLICHER VERTRETER

Tabelle des an der Patientenbetreuung beteiligten medizinischen Personals		
Lfd. Nr.	Name und Vorname	Beruflicher Status
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		