

# Patientenbogen **Ästhetisch-Plastische Chirurgie.** **Spezielle Erklärung des beratenden Arztes**

Arzt: \_\_\_\_\_

Indikation: \_\_\_\_\_

## 1 **mit meiner Unterschrift versichere ich der Patientin/dem Patienten**

(Name einfügen) \_\_\_\_\_  
folgende Aspekte wahrheitsgemäß beantwortet bzw. dargestellt zu haben

### 1.1 Qualität des Arztes (Ausbildungsstandard)

- Ich bin Facharzt für \_\_\_\_\_  
und habe mich seit \_\_\_\_\_ Jahren auf die Ästhetisch-Plastische Chirurgie spezialisiert.  
Den entsprechenden Eingriff führe ich pro Jahr ca. \_\_\_\_\_ mal durch.
- Ich setze ausschließlich OP-Techniken ein, die state of the art sind bzw. aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen genügen, beim konkreten Eingriff (Kurzdarstellung der Technik):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Ich nehme regelmäßig an nationalen und internationalen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teil **Ja**  **Nein**
- Ich bin häufig im Erfahrungsaustausch mit renommierten Fachkollegen **Ja**  **Nein**
- Ich bin Mitglied in folgenden renommierten Fachgesellschaften:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 1.2 OP-Qualität (Ausstattung/Material)

- Bei den von mir gezeigten Vorher/Nachher Bilder handelt es sich um von mir operierte Patienten. Die Bilder sind von mir persönlich aufgenommen und nicht nachbearbeitet worden. **Ja**  **Nein**
- Das Operationsumfeld ist gemäß professionellen Voraussetzungen in Relation zum gewünschten Eingriff eingerichtet. **Ja**  **Nein**
- Der Eingriff findet in einer nach § 30 GewO zugelassenen Klinik statt **Ja**  **Nein**
- Ich verwende ausschließlich Materialien und Gerätschaften, die entsprechend zugelassen oder zertifiziert sind.  
Sonstiges \_\_\_\_\_

### 1.3 Planung & Operation & Nachsorge

- Das Behandlungskonzept kann ich durch eigene wissenschaftliche Publikationen belegen **Ja**  **Nein**
- Die Behandlung wird von Anfang an ausführlich dokumentiert und ist jederzeit nachvollziehbar **Ja**  **Nein**
- Ich führe den zur Planung stehenden operativen Eingriff selbst durch **Ja**  **Nein**
- Auch nach der Operation führe ich weiterhin die Oberaufsicht **Ja**  **Nein**
- Die Anästhesie und deren Nachsorge werden von einem erfahrenen Anästhesisten durchgeführt. **Ja**  **Nein**
- Sonstige Anmerkungen:

---

---

## 2 mit meiner Unterschrift versichere ich der Ärztin/dem Arzt

(Name einfügen) \_\_\_\_\_

- Ich bin ausführlich beraten worden und dabei über alle Möglichkeiten und Risiken informiert worden.
- Ich stimme einer Fotodokumentation mit Vorher/Nachher Bildern zu **Ja**  **Nein**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des beratenden Arztes/Operateurs

\_\_\_\_\_  
Datum des Aufklärungsgespräches

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten