

Sonstige (ärztliche) Anmerkungen

Hinweise

Die Kosten der ästhetischen Operation werden nicht von einem inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen und sind von der Patientin (dem Patienten) zu tragen.

Eine Frist von zumindest zwei Wochen ist zwischen der abgeschlossenen ärztlichen Aufklärung und der Einwilligung einzuhalten.

Bitte bewahren Sie den Operationspass sorgfältig auf. Der Operationspass ist zur Eintragung jeder weiteren Konsultation iZm der ästhetischen Operation der betreuenden Ärztin (dem betreuenden Arzt) vorzulegen.

Dieser Operationspass ersetzt nicht gesetzliche Dokumentationspflichten (z.B. ÄsthOpG, ÄrzteG).



Operationspass

Gemäß § 9 ÄsthOpG

Ausgestellt für:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer

Konsultationen

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unterschrift Ärztin(Arzt)	Unterschrift Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation

Unterschrift	Ärztin(Arzt)	Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation

Unterschrift	Ärztin(Arzt)	Patient(in)

Abklärung gem. § 5 Abs 2 ÄsthOpG	Name, Qualifikation, Unterschrift

Informationen zu Implantaten

(ersetzt nicht einen allfälligen Implantatpass)

Hersteller	Adresse	
Vertreiber	Adresse	
Bezeichnung	Art	Typ
Loscode/Seriennummer		

Informationen zu Implantaten

(ersetzt nicht einen allfälligen Implantatpass)

Hersteller	Adresse	
Vertreiber	Adresse	
Bezeichnung	Art	Typ
Loscode/Seriennummer		

Konsultationen

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unterschrift Ärztin(Arzt)	Unterschrift Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation

Unter- schrift	Ärztin(Arzt)	Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation

Unter- schrift	Ärztin(Arzt)	Patient(in)

Abklärung gem. § 5 Abs 2 ÄsthOpG	Name, Qualifikation, Unterschrift

Nur bei Minderjährigen (16–18) gem. § 7 ÄsthOpG auszufüllen:

Konsultationen/ästhetische Behandlung

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unter- schrift Ärztin(Arzt)	Unterschrift Patient(In)/ Erziehungs- berechtigte(r)

Nur bei Minderjährigen (16–18) gem. § 7 ÄsthOpG auszufüllen:

Abklärung gem. § 7 Abs 2 ÄsthOpG	Name, Qualifikation, Unterschrift
----------------------------------	-----------------------------------

Art der Operation:

Datum:	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift:	Ärztin(Arzt)	Patient(in)	Erziehungsberechtigte(r)

Sonstige (ärztliche) Anmerkungen

Konsultationen

Datum	Grund	Name, Qualifikation, Unterschrift Ärztin(Arzt)	Unterschrift Patient(in)

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin(Arzt)	Patient(in)	

Art der Operation:

Datum	Aufklärung	Einwilligung	Operation
Unterschrift	Ärztin(Arzt)	Patient(in)	

Abklärung gem. § 5 Abs 2 ÄsthOpG	Name, Qualifikation, Unterschrift
----------------------------------	-----------------------------------