NÜTZLICHE RATSCHLÄGE

Ich zögere nicht, Fragen zu stellen und um Erklärungen zu meiner diagnostischen Behandlung
(z.B.: durchzuführende Untersuchungen); zu meiner therapeutischen Behandlung (z.B.: chirurgischer Eingriff, medizinische Behandlung) zu bitten.

Ich kann den Arzt/ die Ärztin bitten, die Informationen zu wiederholen und eine schematische Darstellung zu erstellen oder mir die Informationen schriftlich zu geben, damit ich sie besser verstehe und sie nicht vergesse.

Ich zögere nicht, meine Bedürfnisse, meine Vorlieben und meine Gewohnheiten mitzuteilen.

Ich frage, ob es andere Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Ich vergewissere mich, verstanden zu haben, was ich habe, was ich tun muss, wann und wie, und warum es wichtig ist, dies zu tun.

Auszug aus der HAS-Broschüre „Sich trauen, mit seinem Arzt zu sprechen“

Hôpitaux Robert Schuman
9, Rue Edward Steichen, L-2540 Luxembourg
T +352 2468-1
www.facebook.com/hopitauxrobertschuman
www.hopitauxschuman.lu

NÜTZLICHE SEITEN:

www.hopitauxschuman.lu
www.acteurdemasante.lu

Gedruckt in Luxemburg

W. 07/22 – Ed. 09/22

HÔPITAUX ROBERT SCHUMAN

DAS RECHT AUF DIE BETEILIGUNG AN ENTSCHEIDUNGEN, DIE IHRE GESUNDHEIT BETREFFEN

FREIE EINWILLIGUNG UND EINGEHENDE AUFKLÄRUNG

hopitauxschuman.lu
facebook.com/hopitauxrobertschuman

DAS EINWILLIGUNGSRECHT DES PATIENTEN

Im Gesetz vom 24. Juli 2014 über die Rechte und Pflichten von Patienten sind die Rechte verankert, die Sie als
Patient(in) genießen – darunter das Recht, klare,
vollständige und auf Ihre Persönlichkeit abgestimmte Informationen von allen Fachpersonen, bei denen Sie in Behandlung sind, zu erhalten.

Als gut informierte(r) Patient(in) sind Sie in der Lage, bewusst und aufgeklärt an therapeutischen Entscheidungen, die Sie betreffen, mitzuwirken.

Die Robert Schuman-Krankenhäuser verfolgen das Ziel, ein Vertrauensverhältnis zu fördern, in dem der/ die Patient(in) als Partner(in) des eigenen Wohlergehens und als Schlüsselakteur(in) seiner Gesundheit betrachtet wird.

FREIE UND AUFGEKLÄRTE EINWILLIGUNG

Die Einwilligung stellt die von Ihnen erteilte Erlaubnis dar, damit die für Ihre Behandlung erforderlichen therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden können.

FREI bedeutet, dass sie ohne jede Form von Druckausübung und prinzipiell nach ausreichender Bedenkzeit erlangt werden muss.

AUFGEKLÄRT bedeutet, dass Sie alle nötigen Informationen über die Ihnen vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen erhalten haben, sodass Ihnen bekannt sind:

- Die Diagnose
- Die Art der Behandlung
- Der durchzuführende Eingriff
- Der Dringlichkeitsgrad
- Die Nutzen und Risiken im Zusammenhang mit den Behandlungen und Eingriffen
- Die Folgen einer Verweigerung der Behandlung oder eines Nicht-Eingriffes
- Alternative Behandlungsmöglichkeiten.

In Notfällen und wenn Ihr Wille nicht feststeht, führt der Arzt/ die Ärztin alle notwendigen Eingriffe durch, die Ihr Gesundheitszustand erfordert.

DIE EINWILLIGUNG IN DER PRAXIS

In der Sprechstunde gibt Ihnen der Arzt/ die Ärztin die notwendigen Informationen an die Hand, mit deren Hilfe Sie die verordnete Behandlung oder medizinische Handlung verstehen können.
Der Arzt / die Ärztin händigt Ihnen ein Formular zur freien Einwilligung nach eingehender Aufklärung aus. Das Dokument ist von Ihnen auszufüllen und später am Tag Ihrer Krankenhausaufnahme/der Behandlung abzugeben.

WÄHREND IHRER GESAMTEN BEHANDLUNG WIRD SICH DAS ÄRZTE- UND PFLEGETEAM IHRES EINVERSTÄNDNISSES MIT DEN DURCHGEFÜHRTEN MEDIZINISCHEN HANDLUNGEN VERSICHERN.

Wenn Sie Ihren Arzt/ Ihre Ärztin vor Ihrem Krankenhausaufenthalt/Ihrer Behandlung nicht antreffen (z.B. wenn die Behandlung oder die medizinische Handlung von Ihrem Allgemein- bzw. Hausarzt verordnet wurde), wird Ihnen das Formular zur freien Einwilligung nach eingehender Aufklärung im Zuge der Planung Ihres Termins per Post zugesandt. Sie müssen das Formular ausfüllen, es unterschreiben und am Tag Ihres Krankenhausaufenthaltes/der medizinischen Handlung mitbringen. Bei Bedarf können Sie alle weiteren Informationen oder Erläuterungen beim Ärzte- und Pflegeteam anfordern, das Sie betreuen wird.