

### Aufklärung zur Übertragung von Bluttransfusion

Unterzeichnete \_\_\_\_\_ (Geburtsort, Geburtsdatum:  
\_\_\_\_\_ erkläre, daß ich die nachfolgende Erklärung über das medizinische  
Verfahren der Bluttransfusion bekommen habe, das habe ich völlig verstanden und zur Kenntnis nehme.

Das Wesen des Verfahrens: Sie erhalten Blut oder Blutbestandteile von anderen Person(en), die mit Medikament nicht ersetzbar sind. Dieses Blut wurde nach fachlichen Regeln untersucht, hergestellt und gespeichert. Sie brauchen dieses Blut weil die Herstellung der fehlenden Blutbestandteile-rote Blutzellen, Blutplasma, Blutplättchen nicht genügend ist oder verfällt erhöht. Nur die Bluttransfusion ist der einzige Weg zum Gesundwerden.

Dieser Eingriff kann neben den Vorteilen auch Nachteile für Ihre Gesundheit haben. Die gegebenen fremden Zellen sind nie völlig identisch mit den eigenen, deshalb kann die Konstitution sie herauswerfen, trotzdem vor dem Eingriff die vorschriftsmäßigen Untersuchungen auf diese Möglichkeit kein Ergebnis hingedeutet haben. Die möglichen Komplikationen sind: Fieber, Nierenversagen, Hautallergie und andere Komplikationen. Die wirkliche Wahrscheinlichkeit der Abstoßung ist nach unseren jetzigen Kenntnissen unter 1 %.

Ich bin auch informiert worden daß trotz den negativen Ergebnissen der vorgeschriebenen Untersuchungen mit Bluttransfusion Ansteckung vor allem der Krankheitserreger von Hepatitis übertragen werden kann. Die tatsächliche Wahrscheinlichkeit hierfür liegt nach unserem besten Wissen höchstens bei einer von hunderttausend Bluttransfusionen.

Ich habe die obenstehenden über meine Person, mit verständlichen Wörtern, persönlich bekommen von:

Dr. \_\_\_\_\_

### Einwilligung

Unterzeichnete \_\_\_\_\_ habe die ausführliche Erklärung über den Zweck und die möglichen Risiken der Bluttransfusion verstanden. Ich nehme zur Kenntnis daß um gesund zu werden die Übergabe des Blutprodukts aus menschlichen Blut erforderlich ist. Ich habe auch verstanden daß trotz allen obligatorischen, vorherigen von Ärzten vollendeten Untersuchungen, die Transfusion kann Risiko haben.

Aufgrund diesen bin ich damit  
einverstanden / nicht einverstanden

daß mein Arzt das Blutprodukt mir übergibt.

Dunaújváros, \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Tag

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der aufgeklärten Person / *beteg aláírása*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes / *orvos aláírása*

1. Zeuge / *Tanú 1.*

2. Zeuge / *Tanú 2.*

\_\_\_\_\_  
Zeuge Name / *Név (saját kezűleg írva, olvashatóan)*

\_\_\_\_\_  
Zeuge Name / *Név (saját kezűleg írva, olvashatóan)*

\_\_\_\_\_  
Adresse / *Lakcím (saját kezűleg írva, olvashatóan)*

\_\_\_\_\_  
Adresse / *Lakcím (saját kezűleg írva, olvashatóan)*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / *Tanú saját kezű aláírása*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / *Tanú saját kezű aláírása*