Helios Ambulant

**MVZ Sachsen Forum Dresden**

---

## Erklärung zur geplanten Durchführung eines ambulanten operativen Eingriffs nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag)

**Regelmäßige Medikamente inkl. Dosierung**

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**Erkrankungen (z.B. Asthma, Diab. mellitus, Bluthochdruck, COPD, Epilepsie, …)**

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**Voroperationen (inkl. Jahr der Durchführung)**

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**Sonstige relevante medizinische Informationen (Schwangerschaften, Geburten, Einschränkungen, Allergien)**

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**Abholung am OP Tag durch:**

| |
|---|
| |

Name, Vorname Geburtsdatum Telefonnummer

Helios
Ambulant

**Betreuung zu Hause für 24h ab dem operativen Eingriff durch:**

| |
|---|
| |

Name, Vorname Geburtsdatum Telefonnummer

**Adresse der Nachbetreuung falls abweichend von eigener Adresse:**

| |
|---|
| |

**Kopien der von mir unterschriebenen Aufklärungspapiere**

◯ benötige ich nicht.
◯ möchte ich gern erhalten.

**Ich versichere, dass bei mir KEINE ausgeprägten Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit sowie des Denkvermögens vorliegen. Ein Pflegegrad der Stufen 4 oder 5 liegt NICHT vor.**
**Die Informationen zum ambulanten Operieren sowie die OP-Aufklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden.**

_____

Ort, Datum Unterschrift Patientin