

Operationspass

Gemäß § 9 ÄsthOpG

| Ausgestellt für: | |
|------------------|---------------------------|
| | |
| Vorname | |
| | |
| Nachname | |
| Geburtsdatum | Sozialversicherungsnummer |

| | Grund | Name Unter | , Qualifikation, schrift Ärztin(Arzt) | Unterschrift Patient(in) |
|-------------------|--------------|---------------|--|-----------------------------|
| | | | | |
| <u></u> | | | | |
| | | | | |
| rt de | r Operation: | | | |
| Datum | Aufklärung | Einwillig | ung | Operation |
| Unter- schrift | Ärztin(Arzt) | | Patient(in) | |
| rt de | r Operation: | | | <u>-</u> ' 14 |
| Datum | Aufklärung | Einwillig | ung | Operation |
| Unter- schrift | Ärztin(Arzt) | | Patient(In) | |
| | | | | |

| Datum | Itationen | 111 0 | | (1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1- |
|-------------------------|--------------|-------------|------------------------------------|---|
| | Grund | | ualifikation, rift Ärztin(Arzt) | Unterschrift Patient(in) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | r Operation: | | | |
| Datum | Aufklärung | Einwilligun | 8 | Operation |
| Unter- schrift | Ärztin(Arzt) | F | atient(in) | |
| Art de | r Operation: | | | |
| | Aufklärung | Einwilligun | g | Operation |
| Datum | | | | |
| Datum Unter- schrift | Ärztin(Arzt) | P | atient(in) | |

| tum | Grund | | e, Qualifikation, schrift Ärztin(Arzt) | Unterschrift Patient(in) |
|-------------------|------------------------|----------|---|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| rt de | r Operation: | <u> </u> | · | |
| Datum | Aufklärung | Einwilli | gung | Operation |
| Unter- schrift | Ärztin(Arzt) | | Patient(In) | |
| rt de | r Operation: | | | |
| Datum | Aufklärung Eine | | Einwilligung Operatio | |
| Unter- schrift | Ärztin(Arzt) | | Patient(in) | |
| kläruns | gem. § 5 Abs 2 ÄsthOpG | i Na | me, Qualifikation, Un | terschrift |

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) |
|-------|-------|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Art der Operation: Datum: Aufklärung Einwilligung Operation | Abklärun | g gem. § 7 Abs 2 / | ÄsthOpG | Name, Qualifi | kation, Unterschrift |
|---|-------------------|--------------------|---------------|---|--|
| Aufklärung Einwilligung Operation School Grand | | | ········· | | ······································ |
| So Significant Patient (in) Erziehungsberechtigte | Art de | r Operation: | H - M | Marian. | 11,111 |
| | Datum; | Aufklärung | Einwilligung | | Operation |
| | Unter- schrift | Ärztin(Arzt) | Patient(in) | *************************************** | Erziehungsberechtigte(|
| | | Sons | stige (ärztli | che) Anm | nerkungen |
| | | Sons | stige (ärztli | che) Anm | nerkungen |
| | | Sons | stige (ärztli | che) Anm | nerkungen |
| | | Sons | stige (ärztli | che) Anm | nerkungen |
| | | Sons | stige (ärztli | che) Anm | nerkungen |
| | | Sons | stige (ärztli | che) Anm | nerkungen |

| Uperhaller | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--|
| Hersteller | Adre | sse | |
| Vertreiber | Adre | | |
| | | | |
| Bezeichnung | Art | Тур | |
| Loscode/Seriennumm | er | | |
| eoscoae, seriermanni | | | |
| EOSEONEJ SCHEIMIGHI | | | |
| | | | |
| | | | |
| <u> </u> | nformatione | n zu Implantaten | |
| <u> </u> | | n zu Implantaten allfälligen Implantatpass) | |
| | | allfälligen Implantatpass) | |
| lı | (ersetzt nicht einen | allfälligen Implantatpass) | |
| lı | (ersetzt nicht einen | allfälligen Implantatpass) sse | |
| J J Hersteller | (ersetzt nicht einen Adre | allfälligen Implantatpass) sse | |
| Hersteller Vertreiber | (ersetzt nicht einen Adre. | allfälligen Implantatpass) sse | |
| J J Hersteller | (ersetzt nicht einen Adre | allfälligen Implantatpass) sse | |

| | Sonstige (ärztliche) Anmerkungen |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | Hinweise |
| schen Träger de men und sind v Eine Frist von z ärztlichen Aufk Bitte bewahrer pass ist zur Eint Operation der I | ästhetischen Operation werden nicht von einem inländier Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernomfon der Patientin (dem Patienten) zu tragen. umindest zwei Wochen ist zwischen der abgeschlossenen lärung und der Einwilligung einzuhalten. In Sie den Operationspass sorgfältig auf. Der Operationstragung jeder weiteren Konsultation iZm der ästhetischen betreuenden Ärztin (dem betreuenden Arzt) vorzulegen. |