


Einwilligung Angehörige ARDS/ECMO	Campus: alle Campi	 <small>UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN</small>
	Geltungsbereich: Charité ARDS/ECMO Centrum	

*Patientenaufkleber*

## Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Behandlungsverfahren für Patienten mit schwerem akutem Lungenversagen im ARDS Zentrum der Charité – Universitätsmedizin Berlin ausreichend informiert worden bin. Alle Fragen wurden mir von den untenstehenden Personen zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ferner bestätige ich, dass mir die Risiken des Transports meines/meiner Angehörigen nach Berlin dargelegt worden sind.

Zusätzlich bin ich über die Notwendigkeit der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung informiert worden.

Ich halte \_\_\_\_\_ als geeignet zur Übernahme der Betreuung unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens des Patienten.

Unterschriften:

---

Angehöriger

Aufklärender Arzt

Notfalladresse:

Vorgesehener Betreuer:

geboren am:

in:

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Seite 1 von 1	Version 1.0	Letzte Überprüfung:	Erstellt: AG ARDS/ECMO
	Freigabe am:	Nächste Überprüfung:	Geprüft: Weber-Carstens
			Freigegeben: