

Patientenetikette



Anmeldung und Eintritt
L1.01

Aufklärungsformular zur Ablehnung von Blutprodukten

Die unterzeichnende Patientin / der unterzeichnende Patient lehnt nach erfolgter Aufklärung eine Bluttransfusion ab. Dies betrifft sowohl die Transfusion von Erythrozyten (rote Blutzellen), Leukozyten (weisse Blutzellen), Thrombozyten (Plättchen) und Plasma (FFP).

Die Patientin / der Patient akzeptiert folgende Therapien und Alternativen zur Bluttransfusion:

Ja Nein

- Humanalbumin (aus Plasma gewonnener Blutvolumenexpander)
- Gentechnisch hergestellte Präparate (Erythropoietin EPO, Faktor VIIa)
- Gerinnungsfaktorenkonzentrate
(PPSB, Fibrinogen, Faktor VIII, Faktor XI, Faktor XIII, Antithrombin)
- Medikamente zur Blutstillung (Tranexamsäure, Desmopressin)
- Blutpatch (Verfahren zur Therapie von postspinalen Kopfschmerzen nach Spinaler Punktion, bei der patienteneigenes Blut entnommen und in den Epiduralraum injiziert wird)

Die Patientin / der Patient bestätigt, über die Risiken der Ablehnung der Bluttransfusion (inkl. Todesfolge durch massiven Blutverlust) bzw. der Alternativen umfassend aufgeklärt worden zu sein.

Zürich, am _____

Unterschrift Patient/in

Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Anästhesist/in

Vorname, Name

Vorname, Name

Vorname, Name