

## Aufklärungsgespräch & Einwilligung zur Einlage von Implanon NXT®

.....  
Name Patientin

.....  
Name Ärztin / Arzt

### Vorgesehene Maßnahme:

**Einlage von Implanon NXT® in das Unterhautgewebe der Oberarminnenseite RECHTS/LINKS** (*Nichtzutreffendes streichen*) **inkl. örtliche Schmerzbetäubung**

Im Aufklärungsgespräch wurden die Vor- und Nachteile von Implanon NXT® gegenüber anderen Verhütungsmaßnahmen besprochen. Unter besonderer Berücksichtigung meiner persönlichen medizinischen Ausgangssituation wurde ich über mögliche Komplikationen (einschließlich bei der späteren Entfernung) sowie den Ausschluss von Kontraindikationen, bei denen sich die Anwendung des Verhütungsstäbchens verbietet, unterrichtet. Warnhinweise, Nebenwirkungen, risikosteigernde Begleiterkrankungen etc. wurden mir aufgezeigt.

Ich bin auch auf eventuelle Komplikationen in der Zeit nach dem Eingriff hingewiesen worden. Dabei kamen auch insbesondere die nachfolgenden möglichen Komplikationen ausführlich zur Sprache: Infektion, Wundheilungsstörung, Nachblutung, Narbenbildung, Thrombose, lokale Irritationen, Schmerzen, Jucken, Missempfindungen.

.....  
(Weitere mögliche Komplikationen)

.....  
Mir wurde mitgeteilt, wo ich die Anwenderinnenbroschüre „Informationen zum Verhütungsstäbchen“ downloaden kann. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin sowohl mit der Einlage des Implantats als auch mit der örtlichen Schmerzbetäubung einverstanden und wünsche, dass die oben genannte Maßnahme bei mir durchgeführt werden soll. Mir ist bewusst, dass Implanon NXT® spätestens nach 3 Jahren entfernt bzw. nach Entfernung durch ein neues Implanon NXT® ersetzt werden muss. Dafür ist ein kleiner Hautschnitt unter örtlicher Betäubung notwendig.

Ich versichere, dass ich in der Krankenvorgeschichte alle mir bekannten Leiden und Beschwerden genannt habe. Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich mündlich belehrt.

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift Patientin

.....  
Unterschrift Ärztin / Arzt