

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
sehr geehrte Betreuerin / Dolmetscherin, sehr geehrter Betreuer / Dolmetscher,

Ein deutsches Gericht (Oberlandesgericht Köln) hat in einem Urteil beschlossen, das fremdsprachige Patienten Anspruch auf eine Aufklärung über medizinische Untersuchungen / Eingriffe in ihrer / seiner Muttersprache haben.

Als Ärzte haben wir jedoch lediglich die Verpflichtung, zu überprüfen, ob eine umgangssprachliche Verständigung funktioniert, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme einer Dolmetscherin / eines Dolmetscher durch den Patienten.

Wir haben, als Entgegenkommen, Aufklärungsbögen über aufklärungspflichtige Untersuchungen in mehreren Fremdsprachen auf unserer Internetseite zur Verfügung gestellt.

Wir müssen daher vor einer Untersuchung auf folgende Regelungen bestehen:

1. Bitte laden Sie als Patienten / Patient auf unserer Internetseite den Aufklärungsbogen herunter, in der Sprache, die Sie korrekt verstehen. Bitte bringen Sie den unterschriebenen Bogen am Tage der Untersuchung mit.
2. Sollten Sie eine Betreuerin / Dolmetscherin bzw. einen Betreuer / Dolmetscher benötigen, müssen beide Personen auch die Einwilligung zur Entbindung unserer ärztlichen Schweigepflicht unterschreiben.

Wir bitten um Verständnis, das andernfalls eine Untersuchung nicht möglich ist. Dies ist auch zu ihrer Sicherheit gedacht, denn sie müssen über Art und Umfang der Untersuchung in unserer Praxis aufgeklärt sein, um in die Untersuchung einwilligen zu können.

-----  
Hiermit entbinde ich Frau Fuß / Dr. Wesner von deren ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Betreuerin / Dolmetscherin bzw. meinem Betreuer / Dolmetscher zur Aufklärung über die Durchführung einer radiologischen Untersuchung.

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Patientin / Patient

-----  
Hiermit bestätige ich als Betreuerin / Dolmetscherin bzw. Betreuer / Dolmetscher durch Frau / Herr \_\_\_\_\_ beauftragt worden zu sein, im Rahmen einer ärztlichen Aufklärung über Name Patientin / Patient

Art und Umfang einer radiologischen Untersuchung zu informieren. Ich kann sicherstellen, dass Frau / Herr \_\_\_\_\_ den Umfang der Aufklärung verstanden hat.  
Name Patientin / Patient

Eventuelle Fragen konnten ausreichend und verständlich beantwortet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Betreuerin / Dolmetscherin bzw. Betreuer / Dolmetscher