



ZENTRUM FÜR UNIVERSITÄRE INNERE MEDIZIN ST. PÖLTEN

Univ.-Prof. Doz. Dr. Bernhard **Angermayr**
Doz. Dr. Klaus **Bobacz**
Doz. Dr. Stefan **Kastl**
Doz. Dr. Walter **Speidl**

Bestätigung & Einverständnis vor Endoskopie

Hiermit bestätige ich:

1. Den Erhalt des Aufklärungsbogens für meine endoskopische(n) Untersuchung(en) sowie im Falle einer Darmspiegelung des Vorbereitungsmittels und der dazugehörigen Information zur Ernährung und der Einnahmeanleitung.
2. Dass ich über die Untersuchung aufgeklärt wurde und den Aufklärungsbogen nach Hause mitbekommen habe mit der Aufforderung, diesen im Detail zu lesen. Ich wurde in Kenntnis gesetzt, dass ich bei sich daraus ergebenden Fragen imed St. Pölten für eine Klärung noch vor der Untersuchung kontaktieren soll.
3. Mir ist bewusst, dass ich im Falle von Sprachschwierigkeiten bzw. Verständnisschwierigkeiten selbst für eine ordentliche Übersetzung Sorge tragen muss und gegebenenfalls mit einem Dolmetscher zu einem neuerlichen Gespräch kommen muss.
4. Mir wurde mitgeteilt, dass eine kostenfreie Terminabsage nur bis 4 Werktagen vor dem Termin zu Ordinationszeiten (8-16 Uhr) möglich ist. Wenn der Termin beispielsweise an einem Donnerstag ist, dann muss der Termin bis spätestens Freitag 16 Uhr der Vorwoche nachweislich - am besten per Mail an team@imed.at - abgesagt werden. Ich bin damit einverstanden, dass mir bei nicht fristgerechter Absage ein Ausfallshonorar in der Höhe von 250 Euro je Untersuchung (maximal 500 Euro) in Rechnung gestellt wird, unabhängig vom Grund der nicht fristgerechten Absage.

Datum, Name und Unterschrift