

# Patientenaufklärung im Rahmen einer praktischen Prüfung der anästhesietechnischen Assistenz (ATA)

---

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

hiermit informieren wir Sie darüber, dass Ihre geplante Anästhesie im Rahmen einer praktischen Abschlussprüfung für Auszubildende der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA) begleitet wird. Diese Aufklärung über das Prüfungssetting erfolgt frühzeitig vor Beginn der Prüfung und soll Ihnen die wichtigsten Informationen zum Ablauf vermitteln.

Dabei gilt:

- Die Anästhesie sowie der operative Eingriff werden wie geplant durch das ärztliche Fachpersonal durchgeführt.
- Auszubildende der Anästhesietechnischen Assistenz nehmen im Rahmen der praktischen Prüfung unterstützend an der Vorbereitung, Durchführung und Überwachung der Anästhesie teil – stets unter fachlicher Aufsicht.
- Während des Eingriffs sind Prüfer:innen des Klinikums als Ausbildungsträger sowie eine Fachprüferin/ein Fachprüfer der Berufsfachschule anwesend.
- Für Sie entstehen dadurch keine zusätzlichen Risiken oder Nachteile.

Die im Rahmen dieser Prüfung erhobenen Daten (Name, Geburtsdatum, Unterschriften) dienen ausschließlich der Dokumentation der erfolgten Aufklärung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Ihre Daten werden ausschließlich zu Prüfungszwecken verarbeitet und nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist gelöscht.

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu verlangen sowie deren Berichtigung oder Löschung zu beantragen.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das Klinikum:

\_\_\_\_\_, sowie die Berufsfachschule der San-ak GmbH,  
Peschelanger 11, 81735 München

### **Patientendaten:**

Name der Patientin / des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich über die Durchführung meiner Operation im Rahmen einer praktischen Prüfung umfassend aufgeklärt wurde und einverstanden bin.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin/Patient: \_\_\_\_\_

### **Bestätigung der Klinik (Fachprüfer:in)**

Name Fachprüfer: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Aufklärung gemäß den oben genannten Punkten.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Fachprüfer: \_\_\_\_\_

### **Kenntnisnahme durch die Berufsfachschule**

Die Berufsfachschule für OTA bestätigt hiermit die Kenntnisnahme der Patientenaufklärung.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Fachprüfer/in der BFS: \_\_\_\_\_