



Bestätigung über PatientInnenaufklärung durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt

PatientInnenetikette

Datum: _____

Ich bestätige, dass ich zu dem geplanten operativen Eingriff / der geplanten
Behandlung

Operation / Behandlung

bereits in der Ordination von _____ über
Ärztin/Arzt

- Operationsverfahren mögliche Komplikationen u. Folgeeingriffe
 mögliche Nebeneingriffe Nachbehandlung

umfassend informiert und aufgeklärt wurde und aufgrund dieser Aufklärung für die
Operation / Behandlung eingewilligt habe.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn/Bevollmächtigte/Bevollmächtigter