



A-1090 Wien, Löblichgasse 14

Bestätigung über Patientenaufklärung
durch den behandelnden Arzt

Patientenetikette

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

Operation/Behandlung

bereits in der Ordination von _____ über
Arzt/Ärztin

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Operationsverfahren | <input type="checkbox"/> mögliche Komplikationen und Folgeeingriffe |
| <input type="checkbox"/> mögliche Nebeneingriffe | <input type="checkbox"/> Nachbehandlung |

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

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift PatientIn/Bevollmächtigter/Erziehungsber.