

Einwilligungserklärung des Patienten

Therapie mit autologem Plasma

Name des Patienten _____

Telefon _____

Name des aufklärenden
Arztes/Ärztin _____

Praxis/Klinik

Ich - der Unterzeichnende - erkläre, dass:

1. ich den Patientenaufklärungsbogen vollständig gelesen habe bzw. er mir vorgelesen und hinreichend erklärt wurde.
2. mir die Gelegenheit gegeben wurde, einem der behandelnden Ärzte Fragen zu stellen, die zufriedenstellend beantwortet wurden.
3. ich für meine Unterlagen eine unterschriebene Kopie des Patientenaufklärungsbogen erhalten habe.
4. ich mit der vorgeschlagenen Therapie einverstanden bin.

Die von mir gewünschte(n) Leistung(en) ist (sind) möglicherweise nicht Bestandteil der privaten Krankenversicherung. Für die von mir gewünschte(n) Leistung(en) bin ich deshalb selbst zahlungspflichtig. Die Liquidation erfolgt nach GOÄ.

Datum

Unterschrift des Patienten

Datum

Unterschrift des/r aufklärenden Arztes/Ärztin