

| Persönliche Daten | |
|--|---------------|
| Nachname: | Name: |
| Name des Vaters: | Geburtsdatum: |
| Einverständniserklärung | |
| <p>Ich, der Unterzeichnete, wurde von den Ärzten, die für die therapeutische und diagnostische Behandlung die ich unterworfen werde verantwortlich sind, und die unter den Regeln der medizinischen und der Wissenschaft Ethik stattfinden wird, vollständig informiert.</p> | |
| <p>Ich erkläre hiermit, dass ich meine bedingungslose Zustimmung dem behandelnden Arzt gebe:</p> | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Das diagnostische oder therapeutische Verfahren sowie alle Eingriffe durchzuführen, die während dieser er für notwendig erachtet. 2. Mir bei Bedarf jede Art von Narkose oder Sedierung zu geben, 3. Das entfernte Gewebe zu untersuchen. 4. Das Verfahren mit Foto oder Video-Aufzeichnung aufzunehmen für Trainings- oder Forschungszwecke und das ich einverstanden bin dass das Verfahren von Studenten oder anderen Ärzten für Bildungszwecke beobachtet werden kann. 5. Um Fotos von mir zu machen, begleitet von meinem Vor- und Nachnamen, vor und nach der Operation für Zwecke der Klinik (wie Archivführung, Offenlegung von erfolgreichen Operationsergebnissen etc.) | |

Datum

Unterschrift Kunde