

Behandlungsinformation und Einwilligung

_____, geb. am _____

Ich bestätige, dass ich durch meinen Therapeuten über

- die Diagnose,
- die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung,
- die Therapie und
- die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen

informiert wurde.

Mein Therapeut hat mich über

- die Art, den Umfang und die Durchführung der Behandlung, sowie über die Möglichkeit des Einsatzes zusätzlicher Therapiemaßnahmen informiert,
- über die zu erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahme,
- die Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Therapie

mündlich, rechtzeitig und verständlich aufgeklärt. Ich willige in die Durchführung der medizinischen Maßnahme ein.

Datum: _____

Unterschrift: _____