

Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen/Heilmaßnahmen

Datum: _____

Betreuer: _____

Betreuer: _____

Arzt: _____

Telefon: _____

Klinik: _____

Station: _____

aktueller
Gesundheitszustand:

Diagnose:

geplante Untersuchung:

geplante Operation:

Ziel der Untersuchung/
OP:

Risiken der
Behandlung:

Besondere Risiken:

Alternativen:

Krankheitsverlauf ohne
Behandlung:

Bemerkungen:

Narkoseart:

Narkosearzt:

Risiken der Narkose: