

Aufklärungsverzicht

Hiermit bestätige ich, dass mich das MVZ Dorfen darüber informiert hat, dass vor der geplanten ärztlichen Behandlung:

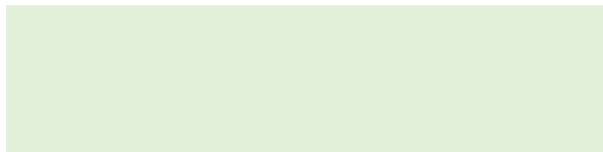
- ☐ ÖGD (Magenspiegelung)
- ☐ Koloskopie (Darmspiegelung)
- ☐ _____

grundsätzlich mindestens 24 Stunden vorher ein persönliches Aufklärungsgespräch stattfindet.

Hiermit verzichte ich ausdrücklich auf die mir angebotene Aufklärung und erkläre meine Einwilligung in oben genannte ärztliche Behandlung(en).

Vorname, Nachname:

Geburtsdatum:



(Unterschrift des Patienten /
des gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Sollten Sie Ihre Meinung ändern und eine Aufklärung wünschen, teilen Sie dies der Praxis bitte mindestens 48 Stunden vor der geplanten ärztlichen Behandlung mit.