

Verzichtserklärung

Ich, _____, geboren am _____,
wohnhaft _____,
verzichte auf die Angabe meiner individuellen Risikofaktoren und wünsche dennoch die
Durchführung der gewünschten Behandlung. Über Risiken, Kontraindikationen, Wirkung und
Nebenwirkungen der Behandlung wurde ich aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient od. gesetzl. Vertr.