

## 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.