

# Verzichtserklärung

Ich, \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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. gestzl. Vertr.

\_\_\_\_\_