

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| • Leiden Sie an Allergien? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| • Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| • Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| • Nehmen Sie Medikamente? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Welche?

Am Tag der Operation

- Bitte ungeschminkt kommen!

Einverständniserklärung

Ich hatte Gelegenheit, ergänzende Fragen zu stellen. Meine Fragen wurden mir ausreichend und verständlich beantwortet.

Ich habe die weiter oben genannten Informationen verstanden und bin mit der Durchführung des ärztlichen/operativen Eingriffs einverstanden.

Ich bin mit der Übersendung meines entnommenen Gewebes in das histologische Labor einverstanden und entbinde die Praxis von der Schweigepflicht gegenüber dem histologischen Labor.

ja

nein

.....
Datum der Aufklärung

.....
Unterschrift Patient/in