

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.
Der vorgeschlagenen Untersuchung stimme ich zu.
In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

.....
DATUM / UHRZEIT

.....
UNTERSCHRIFT DER/DES PATIENTIN/EN

.....
UNTERSCHRIFT DES ARZTES

.....
UNTERSCHRIFT DER MTD

Der/die Patient/in hatte weiteren Fragen:

Nein

Ja, folgendes wurde besprochen:

.....
.....
.....