

Einverständniserklärung des Patienten

Frau Herr

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Geb.-Datum: _____ eMail: _____

Anschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Behandlung durchgeführt wird:

Ich bestätige, dass ich genügend Zeit hatte, meine freie, wohlüberlegte Entscheidung nach eigenem Ermessen zu treffen.

Ich wurde ausführlich über eventuelle Nebenwirkungen aufgeklärt.

Ich habe die Empfehlungen für die Zeit vor und nach der Behandlung zur Kenntnis genommen und bin bereit, diese zu befolgen.

Ich habe die Patienteninformation des **Esthetic Institute** (HP Sophie Christ) erhalten, gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, alle nötigen Fragen zu stellen. Mir wurden alle Fragen ausführlich und verständlich beantwortet.

Ich habe den medizinischen Fragebogen erhalten, wahrheitsgemäß ausgefüllt und unterschrieben.

Ich bin damit einverstanden, dass eine Fotodokumentation erstellt wird. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Fotos anonym und unkenntlich bei Ja Nein Schulungen und auf Vorträgen verwendet werden.

Bemerkungen des Therapeuten:

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Patienten:

Unterschrift des Therapeuten:
