

Klinik Optimus in Breslau (Wroclaw)

Olszewskiego Str. 167/1

www.beautychirurgie.com

Breslau, den

Einwilligung zur Operation

Name

Vorname

Alter

Adresse

Tel.

Tel. des Angehörigen

Hiermit bestätige ich meine Einwilligung zu folgender Operation:

Art und Umfang der Operation:

.....

.....

.....

Hiermit erkläre ich, daß ich über alle Einzelheiten des Eingriffs informiert worden bin. Über alle Vor- und Nachteile des Operationsverfahrens, sowie über mögliche postoperative Komplikationen wurde ich informiert. Ich habe den Inhalt und Vorgang der Operation verstanden. Der bevorstehende Eingriff wird in Vollnarkose bzw. in Lokalanästhesie durchgeführt.

Datum der Operation

Anästhetikum

Anästhesist

Operateur

Op. Assistent

Besonderheiten:

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes