

Einwilligung

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Über die geplante Behandlung, Behandlungskosten, Behandlungsalternativen, Art und Bedeutung der Behandlung, Risiken und mögliche Komplikationen sowie Erfolgsaussichten wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit Dipl. med. D. Loersch ausführlich informiert. Alle mir wichtig erscheinenden Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert**, benötige **keine weitere Bedenkzeit** und **willige** in die vorgesehene Behandlung **ein**. Die **Verhaltenshinweise** werde ich beachten.

Ich bin bereit, die Kosten für die Behandlung der Osteopathie und sich daraus möglicherweise ergebenden Komplikationen selbst zu tragen, wenn meine Krankenkasse/Beihilfestelle diese Kosten nicht übernimmt.

Ich habe die Patienteninformation **zum Datenschutz** erhalten und erkläre hiermit mein Einverständnis.

Patientin/Patient _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Tel. Nummer _____

Mail _____

Unterschrift

Sorgeberechtigter*

Ärztin

*Nur bei minderjährigen Patienten: Unterschreibt nur ein Sorgeberechtigter, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt.