Ablehnung der Behandlung gegen ärztlichen Rat	Zahnarztpraxis Heindel

Patient

Vor- und Zuname: _____

Anschrift: _____

_____

Geburtsdatum: _____

Praxisstempel

Hiermit erkläre ich, dass ich heute,

am _____ (Datum) um _____ (Uhrzeit)

von _____ (Name)

über folgende erforderliche Behandlung aufgeklärt wurde und die Konsequenzen einer Ablehnung verstanden habe.

Empfohlene Behandlung:

_____

_____

_____

Für hieraus entstehende Schäden trage ich selbst die Verantwortung. Ich wurde darüber informiert, dass ich zu einem späteren Zeitpunkt keinerlei Ersatzansprüche auf Grund dieser nicht durchgeführten Behandlung und den sich evtl. daraus ergebenen gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

Ich lehne die empfohlene notwendige Maßnahme aus freiem Entschluss und gegen den eindringlichen Rat des Arztes ab.

Ich bin mir bewusst, dass meine Entscheidung zu schwerwiegenden Komplikationen und unter Umständen zu schweren bleibenden gesundheitlichen Schäden führen kann. Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Praxis möglicherweise nicht für gesundheitliche Schäden und finanzielle Folgen haftet, die sich durch meine Entscheidung ergeben können.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift behandelnder Zahnarzt

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/bzw. gesetzlicher Vertreter