Einwilligung für einen ärztlichen Eingriff oder einer ärztlichen Behandlung eines Kindes

Bei Ihrem Kind (Vorname, Nachname) _____,

geboren am _____, in _____,

wohnhaft _____ in _____,

soll eine ärztliche Behandlung und oder eine endoskopische (Gastroskopie oder Coloskopie) Untersuchung durchgeführt werden.

Sie erklären sich ausdrücklich damit einverstanden, das ein ärztlicher Eingriff oder eine ärztliche Behandlung durch Frau Dr. Maren Weiß oder Herrn Dr. Ulrich Finger durchgeführt werden darf.

Ihnen sind alle Aufklärungsmaßnahmen ausführlich zu diesem Eingriff, sowie Risiken verständlich erklärt worden.

_____ _____

Unterschrift Eltern/ Sorgerechtsberechtigten Berlin

_____

Unterschrift des Arztes/ Ärztin

Dateiname:			Seite 1 von 1
Erstellt:	*Kathrin Bund*	am: 14.08.14	Version: 1
Geprüft:	*Dr. med. Ulrich Finger, Dr. med. Maren Weiß*	am:	gültig ab:
Freigegeben:	*Dr. med. Ulrich Finger, Dr. med. Maren Weiß*	am:	