

AUFKLÄRUNGSBESCHEINIGUNG

THERAPIEFORM:.....

Name, Geburtsdatum des/der Patienten/tin:

Anschrift:.....

Selbstbestimmungsaufklärung:

Diagnoseaufklärung:

- medizinische/r Befund/e:.....
- Diagnose/n, Schwere:.....
- Zustand des Patienten:.....
- Besonderes:.....

Behandlungsaufklärung:

- geplante Behandlung:.....
- Behandlungsalternativen:.....
- Besonderes:.....

Risikoaufklärung:

- ev. dauernde oder vorübergehende Nebenfolgen:.....
- allgemeines Bild von Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums:.....
- typischen Risiken:.....
- Komplikationsmöglichkeiten:.....
- ev. untypische Risiken:.....
- Besonderes:.....

Verlaufsaufklärung:

- Art, Umfang, Durchführung der Behandlung:.....
- voraussichtlicher Verlauf der Erkrankung:.....
- Information über ev. sichere Eingriffsfolgen:.....
- Information über ev. voraussehbare Nebenfolgen:.....
- Grad der Erfolgchancen:.....
- Besonderes:.....

Therapeutische Sicherungsaufklärung:

- Sicherungsaufklärung bei Medikation:.....
- Dosis, Unverträglichkeit und Nebenfolgen des Präparats:.....
- Fahrtüchtigkeit:.....
- Infektionsquelle zum Nachteil Angehöriger oder anderer Dritter:.....
- Eigenes therapeutische Verhalten des Patienten:.....
- Besonders:.....

Wirtschaftliche/ versicherungsrechtliche Aufklärung:

- voraussichtliche Kosten der Behandlung:.....
- voraussichtliche Kosten der Medikamente:.....
- Erstattung durch Versicherung:.....

Ich, *Name des/der Patienten/tin*.....bin dahingehend aufgeklärt worden, dass meine Erkrankung..... (**auch ärztlich**) behandelt werden muss. Ich erkläre mich damit einverstanden, (**neben der ärztlichen**) die hier aufgeführte alternative Behandlung durch meine/n Heilpraktiker/in.....durchführen zu lassen. Ich bin auch ausreichend über meine Krankheit durch meine/n Heilpraktiker/in informiert worden. Hiermit bestätige ich, eine Kopie dieser Aufklärungsbescheinigung nach erfolgter mündlicher Aufklärung über den Inhalt dieser Aufklärungsbescheinigung am: *Ort, Datum, Uhrzeit* erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/in