

Personaldaten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Gründe für die
Befragung/Untersuchung _____

Behandlungsauftrag

Frau/Herr Dr. _____

hat mich über alle geplanten Massnahmen der Beweissicherung und der Befunderhebung informiert.

Ich bin mit der Dokumentation einverstanden.

Ort, Datum _____

Patientin _____

Der Text wurde mit der Patientin besprochen und die Fragen geklärt.

Datum, Zeit _____

Ärztin/Arzt _____