



Ich, der/die Unterzeichnete.....bestätige, dass ich von Dr.....im **Klinikzentrum Périgueux** am empfangen wurde.

Bei diesem Gespräch informierte mich Dr.....über:

- ❖ meinen Gesundheitszustand (meine Erkrankung und ihren voraussichtlichen Verlauf) **bzw.** über den Gesundheitszustand meines Kindes

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

- bzw.** über den Gesundheitszustand von Herrn, Frau

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Verwandschaftsverhältnis:

.....
(Vater – Mutter – Bruder – Schwester – Großvater – Großmutter – Vertrauensperson - Betreuer)

- ❖ die geplanten Maßnahmen, Eingriffe und Behandlungen (verschiedene therapeutische Alternativen)
- ❖ die Risiken in Verbindung mit diesen verschiedenen Maßnahmen, Eingriffen und Behandlungen (häufige Risiken und ernsthafte Risiken)
- ❖ die Risiken in Verbindung mit dem Fortschreiten dieser Erkrankung bei Ablehnung einer Therapie

Dr..... hat außerdem eine individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung durchgeführt, um mir die sinnvollste therapeutische Alternative angesichts dieses Einzelfalls empfehlen zu können.

Ich habe sämtliche Informationen, die ich erhalten habe, verstanden.

Ich habe alle Fragen gestellt, die zu ihrem einwandfreien Verständnis erforderlich waren und eindeutige und zufriedenstellende Antworten erhalten.

Dr..... hat mir außerdem eine Dokumentation mitgegeben und mir empfohlen, diese in Ruhe zu lesen:

Er ermutigte mich, mich erneut an ihn zu wenden, falls bestimmte Informationen neue Fragen meinerseits aufwerfen sollten:

- Dieses Angebot habe ich wahrgenommen.
- Dieses Angebot habe ich nicht wahrgenommen, weil ich nicht das Bedürfnis dazu hatte.

Bemerkungen / Beobachtungen:

Ich fühle mich nun ausreichend aufgeklärt und informiert, um in vollständiger Kenntnis der Sachlage eine Entscheidung treffen zu können, und ich erkläre mich mit der von Dr. empfohlenen Maßnahme einverstanden.

Datum und Unterschrift:

Arzt

Patient