

Dr. med. Stefanie Müller
Ärztin für Plastische Chirurgie

Tauentzienstr. 18a
Tel. 030/ 885 11 25
10789 Berlin,
den :

Einverständniserklärung für kosmetische Operationen

Name des Patienten:

Aufklärender Arzt:

Vorgesehener Eingriff:

Ich erkläre, dass mir über Art, Hergang, Bedeutung, mögliche Folgen und Risiken der vorgesehenen kosmetischen Operation bzw. Behandlung sowie über das zu erwartende Operationsergebnis und die zu erwartenden bleibenden Narben ein abschließendes Aufklärungsgespräch geführt wurde. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

Ich willige nach gründlicher Überlegung in den vorgesehenen kosmetischen Eingriff einschließlich der Schmerzbetäubung sowie der erforderlichen Untersuchungen und Nebeneingriffe ein. Soweit sich während der Durchführung der vorgesehenen Maßnahme zwangsläufig Änderungen oder Erweiterungen ergeben sollten, bin ich auch hiermit einverstanden.

Mir ist bewusst, dass die Gewähr, das angestrebte kosmetische Ergebnis der ärztlichen Bemühungen zu erreichen, vom Arzt und seinen Erfüllungsgehilfen nicht übernommen werden kann.

Insbesondere wurde auf die Möglichkeit folgender Komplikationen zusätzlich hingewiesen:

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient
Bzw. Sorgeberechtigten