Klinikum der Universität München
Chirurgische Klinik und Poliklinik – Innenstadt
Direktor: Prof. Dr. med. Wolf Mutschler

Ludwig Maximilians Universität München

Datum:

Einverständniserklärung

Ich, Unterzeichneter, bitte hierdurch für mich / für mein Kind um Untersuchung und Behandlung bzw. Operation in der Chirurgischen Klinik Innenstadt und Poliklinik der Universität München. Mit der Durchführung der notwendigen Maßnahmen zur Erkennung und Behandlung (Operation) meiner Erkrankung / der Erkrankung meines Kindes bin ich einverstanden. Über die typischen Komplikationsmöglichkeiten wurde ich von Herrn / Frau Dr.
unterrichtet.

Diagnose:

Art der Operation:

Operateur:

Mögliche Komplikationen:

Alternativen:

....
Datum Name des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters