

BESTÄTIGUNG

über erfolgte Aufklärung und Einwilligung in die Behandlung mit LUCENTIS®

Praxis- / Klinikstempel, Unterschrift des Arztes /Ärztin

Patientendaten

Hiermit bestätige ich, dass ich am um Uhr in einem Gespräch mit Frau / Herrn über sämtliche wesentliche Umstände der geplanten Behandlung mit LUCENTIS® am aufgeklärt wurde.

(Name der Ärztin / des Arztes)

Es geht um die Initialbehandlung des linken Auges
 Folgebehandlung des rechten Auges

aufgrund der Indikation nAMD DMÖ PDR ZVV
 VAV sCNV mCNV

Gegenstand des Gesprächs waren u. a. Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Behandlung mit LUCENTIS® sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. In dem Gespräch wurde auch auf Alternativen zur Behandlung mit LUCENTIS® hingewiesen. Darüber hinaus waren folgende individuelle therapie- und entscheidungsrelevante Umstände Inhalt des Aufklärungsgesprächs:

Die Aufklärung war für mich verständlich. Meine Fragen wurden so beantwortet, dass ich mich nun in der Lage sehe, Vor- und Nachteile der Behandlung abzuwägen. Ich bin ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich willige daher in die vorgesehene Behandlung an dem vorgesehenen Behandlungstermin ein.

.....
 Ort / Datum

.....
 Unterschrift der Patientin / des Patienten