
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die zuvor ausgeführten Informationen zur Kenntnis genommen habe.

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Des Weiteren werde ich mich auf meine eigene Verantwortung behandeln lassen, da ich im Vorfeld über mögliche Risiken im Zusammenhang mit der Behandlung ausführlich informiert wurde.

Ebenso bestätige ich, dass ich alle Punkte der Ausführungen zur Behandlung sowie Erklärung dazu vollständig gelesen und Verstanden habe. Es ist mir bewusst, **dass ein Mangel an Zusammenarbeit den Behandlungserfolg mindern kann.**

EMPFEHLUNGEN

NACH DER BEHANDLUNG DARF IN DEN FOLGENDEN 4 STUNDEN NUR WASSER KONSUMIERT WERDEN. (D.H. KEINE GEFÄRBTEN GETRÄNKE WIE COLA, TEE, KAFFE, ROTWEIN, KETCHUP, SENF,)

WIR EMPFEHLEN EBENFALLS MINDESTENS 2 STUNDEN NACH DER BEHANDLUNG AUF SÄMTLICHEN TABAKKONSUM ZU VERZICHTEN.

Datum/Unterschrift Kunde