

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| geb. am | | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum |

Klinikdaten:

Bestätigung des behandelnden Arztes:

Ich habe die Patientin/den Patienten mündlich über seine Erkrankung und die alternativen therapeutischen Möglichkeiten aufgeklärt sowie über die Natur und Prognose ihrer/seiner Augenkrankung informiert. Die Patientin/Der Patient hat die obigen Informationen zur Behandlung der Diabetischen Makulopathie gelesen bzw. ich habe sie ihr/ihm vorgelesen. Alle Fragen, die die Patientin/der Patient zu ihrer/seiner Behandlung gestellt hat, wurden beantwortet.

Im Anschluss an das Gespräch habe ich der Patientin/dem Patienten das Original dieser Bescheinigung ausgehändigt.

Die Patientin/Der Patient hat sich nach meiner eingehenden Aufklärung für die Therapie mit

am

rechten Auge linken Auge

und den damit verbundenen operativen Eingriffen entschieden.

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes

Vertragsarztstempel

Bestätigung des Patienten:

Die o. g. Angaben werden bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten