



Verpflichtung zur Aufklärung

Kunde/Versicherungsnehmer (VN)	Versicherungsschein-Nr. (falls bereits vorhanden)
--------------------------------	---

Hiermit verpflichte/n ich/wir mich/uns, jeden Patienten vor der Durchführung von ambulanten und/oder stationären Operationen, endoskopischen Eingriffen, intraartikulären Injektionen und Gelenkpunktionen in einem persönlichen Gespräch aufzuklären und in einer schriftlichen Dokumentation der Aufklärung zu gewährleisten, dass der Patient in die Behandlung eingewilligt hat.

Die Aufklärung erfolgt ausschließlich mit Hilfe der Aufklärungssysteme

- »proCompliance«
- »Diomed«
- »infoskop«

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten (bei MVZ, GmbHs etc.)
---------------------	---