

Einverständniserklärung / Behandlungsvertrag

Hiermit bestätige ich

Name

.....

Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

dass ich über die Laser-Behandlung mit eCO₂-Laser vollumfänglich aufgeklärt wurde.

Ich habe alle Vorgaben verstanden, insbesondere die Wichtigkeit der Nachbehandlung und des Sonnenschutzes. Ich gebe mein Einverständnis zur Lasertherapie. Ich wurde darauf hingewiesen, dass, wie bei allen ärztlichen Behandlungen, durch die Besonderheit der individuellen Reaktion des menschlichen Gewebes ein Behandlungserfolg weder zugesichert noch garantiert werden kann. Die Behandlung wird nach dem neusten Stand der Wissenschaft und Ästhetik durchgeführt.

Ich wurde darüber informiert, dass die Kosten der Behandlung über eine Privatliquidation/Privat-Rechnung abgerechnet wird. Ich weiß und bin damit einverstanden, dass die Kosten von mir zu tragen sind. Einen eventuellen Erstattungsanspruch gegenüber einer Kasse oder Versicherung werde ich selbst verfolgen, hierfür besteht von Seiten der behandelnden Ärzte keine Verpflichtung. Eventuelle in diesem Zusammenhang von Kasse oder Versicherung eingeforderte Atteste oder sonstige Schriftstücke sind kostenpflichtig und werden gesondert in Rechnung gestellt. Die Leistung ist am Tag der Inanspruchnahme, in bar, in der Klinik zu entrichten.

Ort, Datum.....

.....

Unterschrift Patient

.....

Unterschrift Arzt