

Arztweisung

Hiermit erkläre ich

Name/ Vorname.....

Straße.....

PLZ Ort.....

Versicherungsnummer.....

gegenüber meinem behandelnden Arzt

Titel, Name Vorname.....

Straße.....

PLZ Ort.....

dass ich nicht im Wege einer Anwendungsbeobachtung (Nicht interventionelle Studie) gem. §67 AMG oder einer Anwendungsbeobachtung oder einer vergleichbaren Vorgehensweise, die auf anderen Grundlagen jeder Art beruhen, behandelt werden möchte.

Eine Zuwiderhandlung gegen diese Bestimmung stellt eine Körperverletzung dar, da in soweit ein Einverständnis mit der Behandlung nicht besteht.

Datum.....

Stempel &
Unterschrift des Arztes
Zur Kenntnis genommen

Unterschrift des Patienten.