

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES BEHANDELNDEN ARZTES

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Ihre Patientin, Ihr Patient, Frau / Herr
soll bei uns in einem mehrstündigen Schulungskurs unter ärztlicher Anleitung geschult
werden, die Gerinnungshemmung mit oralen Antikoagulanzen (Vitamin K-Antagonisten)
selbst zu kontrollieren und die Medikamentendosis eigenständig anzupassen.

Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis mit der Schulung Ihres Patienten bei uns:

Sehr geehrter Herr Kollege / Sehr geehrte Frau Kollegin,

mit der o.g. Schulung meines o.g. Patienten bin ich einverstanden.

.....
Datum

.....
Praxisstempel Unterschrift des schulenden Arztes