

Informed Consent

Einverständniserklärung und Bestätigung der Patientin / des Patienten bezüglich Behandlung mit einem Medizinal Cannabis-Präparat

Name der Patientin / des Patienten:

Betreff: Behandlung mit:
(Präparat-Namen, Konzentration und Dosierung)

Ich bestätige hiermit,

() dass ein Aufklärungsgespräch mit der Ärztin / dem Arzt stattfand.

() dass mir ausreichend Gelegenheit gegeben wurde, beim Aufklärungsgespräch

Fragen an die Ärztin / den Arzt über die Behandlung zu stellen.

() dass ich in die vorgeschlagene Therapie mit oben genanntem Präparat einwillige.

Datum:

Stempel / Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Unterschrift der Patientin / des Patienten

.....

.....