



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Patient:

geb.

Pat. ID:

Telefonnummer:

Medikamente:

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung einer Gastroskopie sowie mit eventuell notwendigen Biopsien (Gewebeprobeentnahme) einverstanden.

Über die Risiken dieser Untersuchung und der ggf. erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen fühle ich mich aufgrund bereits erfolgten Aufklärung im Rahmen (einer) vorausgegangenen Gastroskopie ausreichend informiert.

Datum:

Unterschrift: