

EA	A.-Nr.
KK	A-Dat
	HA
	Station

Über folgende Medikamente wurden wir bereits ausführlich aufgeklärt und benötigen keine erneute Aufklärung:

*Bitte nennen Sie den Medikamentennamen, das Jahr und den Arzt der Aufklärung*

1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
	Medikament	Jahr	Arzt oder Institution

Mit der weiteren Gabe sind wir einverstanden

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in