

Einverständniserklärung zur Durchführung der Lichttherapie

Name:

.....

Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung der UV-A/UV-B- oder P-UVA-Therapie einverstanden. Ich bin durch das Informationsblatt und ein ärztliches Gespräch ausführlich über Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Erfolgsaussichten der Behandlung aufgeklärt worden. Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden. Eine Schwangerschaft besteht nicht. Ich habe keine weiteren Fragen zu der Behandlung.

Darmstadt, den

.....

Patient Priv.-Doz.Dr.med.habil. C.G. Schirren