

ANTRAG AUF MAGENVERKLEINERUNG

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Medizinische Vorgeschichte

Bitte geben Sie hier alle relevanten Vorerkrankungen, bisherigen Operationen, chronischen Leiden und bisherigen Therapien an.

2. Aktueller Gesundheitszustand

Beschreiben Sie bitte Ihren aktuellen Gesundheitszustand, einschließlich Gewicht, Körpergröße, BMI, und etwaiger Beschwerden.

3. Gründe für den Antrag auf Magenverkleinerung

Bitte schildern Sie ausführlich Ihre Beweggründe für die gewünschte Operation und wie sich diese positiv auf Ihre Lebensqualität auswirken soll.

4. Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich umfassend über die Risiken, Alternativen und den Ablauf der Magenverkleinerung aufgeklärt wurde. Ich stimme der Durchführung der Operation freiwillig zu und habe alle Fragen mit meinem Arzt besprochen.

Patient/in

Arzt / Ärztin

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Datum: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/antrag-magenverkleinerung/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.