

# ANTRAG AUF BRUSTVERKLEINERUNG

Name der Antragstellerin: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## Ärztliche Angaben zum Antrag

Diagnose / Grund der Brustverkleinerung: \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlungen / Therapien: \_\_\_\_\_

Medizinische Begründung für die Operation: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Umfang der Operation: \_\_\_\_\_

## Bestätigung und Einwilligung der Antragstellerin

Hiermit bestätige ich, dass ich umfassend über die geplante Brustverkleinerung aufgeklärt wurde und mit dem Eingriff einverstanden bin. Ich habe alle Fragen bezüglich der Operation, Risiken und Nachsorge besprochen und verstanden.

**Antragstellerin**  
**Unterschriften**

**Behandelnder Arzt / Ärztin**

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

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

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.