

# Einverständnis zur Durchführung einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme

Einverständniserklärung

Für Patient/in: ..... geb. am: .....

Für die oben genannte Person wurde mir, ..... (Vorname Name), als rechtliche Betreuung bzw. Angehörigen mit Beschluss des Amtsgerichts die Gesundheitsfürsorge übertragen.

Ich bin mit nachfolgenden Maßnahmen einverstanden:

Gripeschutzimpfung, jährlich im Herbst

Alle durch die STIKO empfohlenen Schutzimpfungen

ggf. außer: .....

Blutabnahmen

Injektionen, egal ob subkutan, intramuskulär oder intravenös

Änderung/Anpassung einer Dauer- oder Bedarfsmedikation ohne Rücksprache.

sonstiges: .....

Ich übertrage die Organisation der Maßnahmen der Praxis: .....

Ort: ..... Datum: .....

Unterschrift: .....

Praxisstempel



**Hausärztliche  
Praxis**



Institut für  
Hausärztliche  
Fortbildung