

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG** Das Behandlungsprotokoll ..... entspricht meinen Erwartungen. Ich wurde über die Nebenwirkungen informiert. Ich stimme der Behandlung freiwillig zu.

## Unterschrift

### Vor- und Nachname



## DOKUMENTE ZUM QUALITÄTSSYSTEM

# FORMULAR FÜR DIE INFORMATION DER PATIENTEN ÜBER HAARTRANSPLANTATION

Dokument- Nr :HB-FR-93  
Datum der Ver.:28.04.2023  
Rev. Nr. :00  
Datum der Rev.:  
Seiten-Nr.:2/2

## ÜBERWACHUNG DER VITALWERTE

## SONUÇLAR

.....