

Name der Patientin / des Patienten:



Durchführung von Untersuchungen bei minderjährigen PatientInnen zwischen 14 und 18 Jahren

Der/die Jugendliche ist in Begleitung seines/r / ihres/r Erziehungsberechtigten von welchem/r die Zuweisung abgegeben wurde:

Name Erziehungsberechtigte/r: _____ Vers.Nr./Geb.Dat.: _____

von der Anmeldung auszufüllen

Der/die oben angeführte Erziehungsberechtigte bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift das Einverständnis zur Durchführung der durch die Zuweisung angeforderten Untersuchung.

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____ Wien, am _____

Für Untersuchungen ohne Patienteninformationsblatt vor der Untersuchung auszufüllen

Der/die Jugendliche ist NICHT in Begleitung seines/r / ihres/r Erziehungsberechtigten:

Die Zustimmung des/der Erziehungsberechtigten

Name: _____ Vers.Nr./Geb.Dat.: _____

zur Durchführung der durch die Zuweisung angeforderten Untersuchung

wurde telefonisch / schriftlich (mittels Telefax / e-mail) von _____

(Name der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters) am _____ eingeholt.

von der Anmeldung auszufüllen

Der/die minderjährige PatientIn _____

ist meiner Beurteilung nach urteils-/einsichtsfähig und wurde von mir über die Untersuchung aufgeklärt.

Unterschrift diensthabende/r Ärztin/Arzt _____ Wien, am _____

Vom/von der diensthabenden Arzt/Ärztin auszufüllen
Nur bei Jugendlichen ohne Begleitung durch den/die Erziehungsberechtigte/n auszufüllen.

Ich (die Patientin / der Patient) stimme der Durchführung der durch die Zuweisung angeforderten Untersuchung zu.

Name der Patientin / des Patienten: _____

Unterschrift Patientin/Patienten: _____ Wien, am _____

Verpflichtend vor der Untersuchung auszufüllen