



Einwilligungserklärung

für die Behandlung mit der
Ltt - Licht Thermo Therapie - Handgerät

Ich bin damit einverstanden, dass ich mit dem Ltt - Licht Thermo Therapie Handgerät behandelt werde. Ich bin über die Behandlungsfolgen und Risiken informiert worden.

Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass die Firma Ltt med. Geräte Entwicklung und Vertrieb Dr. Apul Einblick bzw. Ablichtung in die Unterlagen von meinem behandelnden Arzt erhalten darf.

.....
Ort - Datum - Unterschrift Patient

.....
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes