

# Einverständniserklärung



Über allogene Transplantate und DBM Produkte von Osteograft<sup>®</sup> wurde ich, mit mir verständlichen Worten, aufgeklärt.

Ich habe die mündliche Aufklärung, sowie den Inhalt der Patienten-Aufklärungsbroschüre verstanden und stimme der Behandlung mit Osteograft<sup>®</sup>-Produkten zu.

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des behandelnden/  
beratenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Patienten

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der Assistenz

\_\_\_\_\_  
Adresse des Patienten

Stempel:

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Anmerkungen



Argon Dental GmbH & Co. KG  
Franz-Kirsten-Str. 1  
D-55411 Bingen am Rhein

Tel.: +49 (0) 6721 3096 - 0  
www.argon-dental.de  
E-Mail: info@argon-dental.de