

Schriftliche Einverständniserklärung der Patientin* bzw. des Patienten*

Der/die Unterzeichnende erklärt, dass er/sie aufgrund der vom behandelnden Arzt oder von der behandelnden Ärztin erhaltenen Information mit der Anwendung des Arzneimittels einverstanden ist welches, in der Sonderbewilligung Ref.-Nr. _____ erwähnt ist. Er/sie bestätigt, dass über folgende Punkte informiert wurde:

- dass es sich beim eingesetzten Arzneimittel um ein in der Schweiz nicht zugelassenes Arzneimittel handelt
- dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin klare Anweisungen für die Anwendung des eingesetzten Arzneimittels gegeben hat
- dass Wirkung, Nebenwirkungen und Risiken des eingesetzten Arzneimittels vom behandelnden Arzt oder von der behandelnden Ärztin mitgeteilt wurden
- dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin die aus der Behandlung entstehenden Kosten genannt hat, sofern sie zu lasten der Patientin bzw. des Patienten gehen

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patient/in*

* bei unmündigen Personen der/die Erziehungsberechtigte/n oder der amtliche Vormund