

# VOLLMACHT

Ich ermächtige hiermit

Herrn Dr. med. C. Kramps und Herrn Prof. Dr. Peter Langer, sowie meine mich betreuenden Ärzte, in meinem Namen bezüglich der Kostenübernahme zur Behandlung des krankhaften Übergewichtes mit der Krankenkasse bzw. dem Medizinischen Dienst in Kontakt zu treten.

Mir ist bewusst, dass die operative Behandlung ein erster und wichtiger Schritt zur dauerhaften Gewichtsreduktion darstellt. Die Notwendigkeit einer regelmäßigen Nachsorge ist mir bekannt und ich bin bereit, mich dieser Nachsorge zu unterziehen.

Mir ist ebenso bewusst, dass im Rahmen der Qualitätssicherungsstudie Adipositas Daten zu meiner Operation anonymisiert an das AN-Institut der Universität Magdeburg sowie an das StuDoQ-Register der DGAV (*Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V.*) weitergeleitet werden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich hiermit einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Name, Unterschrift