



**Condat Klinikum**

Alt-Moabit 91c, 10559 Berlin

Telefon: +49 30 223 0 | E-Mail: info@condat-klinikum.de

Stand: 27.02.2026

---

# Einwilligungserklärung ABI-Messung

## Einwilligung in die ABI-Messung

Ich wurde über Zweck und Ablauf der ABI-Messung informiert.

Ich erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

## Datenschutzerklärung

Ich bin darüber informiert, dass meine Daten gemäß DSGVO verarbeitet werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung

---

Name der Ärztin/des Arztes

---

Unterschrift Ärztin/Arzt