

## Einverständniserklärung für die Vorstellung und Untersuchung im MZEB an den Christophorus Kliniken

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_ (Name in Druckbuchstaben)

mich als gesetzlicher Betreuer damit einverstanden, dass

Herr/ Frau \_\_\_\_\_ (Name in Druckbuchstaben)

geboren am \_\_\_\_\_

im MZEB an den Christophorus-Kliniken vorgestellt und untersucht werden darf.

Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Für den Fall von Rückfragen unsererseits erbitten wir Ihre Kontaktdaten.

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E- Mail: \_\_\_\_\_

Zudem benötigen wir eine Kopie Ihres Ausweises.

Bitte senden Sie uns die Unterlagen per Post zu:

MZEB an den Christophorus-Kliniken  
Alte Münsterstr. 20 - 22  
48653 Coesfeld  
Tel. 02541 89-13078  
Fax: 02541 89-13086