

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
Hagenstr. 35
48301 Nottuln
Tel. 02502/22036500