

Einwilligungserklärung

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit willige ich ein, daß die Berufsausübungsgemeinschaft
(Gemeinschaftspraxis) Dres. Mann und Fent in meine
Patientenunterlagen, die von der bisherigen

Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis)
Dres. Wolff und Fent

oder

der bisherigen Praxis Dr. Mann

geführt wurden,

Einsicht nehmen darf.

Datum: _____

Unterschrift: _____