

Einverständnis zur Aktenübergabe an die Centramed

Standort:

Name: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine medizinischen Unterlagen an meinen Hausarzt, CENTRAMED _____ geschickt werden.

Ich entbinde Sie hiermit ausdrücklich von Ihrer gesetzlichen und vertraglichen Aufbewahrungspflicht.

_____, den _____.
Ort Datum

Name und Unterschrift Patient / Patientin