

Entbindung Aufbewahrungspflicht

Hiermit bestätige ich:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Die Oberhofpraxis Eschenbach von der Aufbewahrungspflicht zu entbinden und die vollständigen Krankenakten abholen zu lassen durch:

Name: Vorname:

Datum

Unterschrift

Bitte legen sie eine Kopie ihres Ausweises bei.