

Einverständniserklärung

Frau / Herr:

geboren am:

wohnhaft:

Telefon:

versichert bei:

Zuweisender Arzt:

Untersuchung:

Die heutige Untersuchung wurde ohne Bewilligung / Überweisung auf Ihren Wunsch durchgeführt.

Falls wir die benötigten Unterlagen nicht bekommen, erhalten Sie von uns eine Privatrechnung.

Datum: _____

Unterschrift: _____