

Einverständniserklärung

Frau / Herr:

geboren am:

wohnhaft:

Telefon:

versichert bei:

Zuweisender Arzt:

Untersuchung:

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

Wir versenden Ihren Befund erst, nach Erhalt Ihrer Überweisung.

Falls wir die benötigten Unterlagen nicht innerhalb von 10 Tagen bekommen, erhalten Sie von uns eine Privatrechnung.

Datum: _____

Unterschrift: _____