



TIM OLIVER
FLETTNER

BEFUNDANFORDERUNGSERLAUBNIS

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon für evtl. Rückfragen: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG UND ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich Sie von der Schweigepflicht und bitte um Zusendung meiner Befunde per Post oder per Fax an:

Hausarztpraxis Pempelfort
Tim Oliver Flettner
Kaiserswerther Straße 55
40477 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 49 44 81
Telefax: 0211 - 49 45 12

Ich wünsche die Weitergabe meiner Befunde und bin damit einverstanden, dies bestätige ich mit meiner Unterschrift:

Datum

Unterschrift