

Einverständniserklärung

Hiermit willige ich/willigen wir

.....
Vorname Sorgeberechtigter 1

.....
Nachname

.....
geboren am

.....
Vorname Sorgeberechtigter 2

.....
Nachname

.....
geboren am

mit der Behandlung meines Kindes:

.....
Vorname Kind

.....
Nachname Kind

.....
geboren am

im MVZ Eben-Ezer GmbH, Ltd. Arzt T. Löll, Dr. med. A. Birkel, R. Cailloud, Dr. med. B. Holzhausen ein.

Einwilligung

Ich stimme der Datenschutzerklärung zu.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie hier: <https://www.eben-ezer.de/datenschutz.html>

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte drucken Sie das Formular aus und bringen es zu Ihrem nächsten Termin mit.
Alternativ können Sie uns das Formular schicken.
Es sind nur Unterschriften im Original und von beiden sorgeberechtigten Elternteilen gültig.

Vielen Dank.