



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES PATIENTEN

NAME:

ANSCHRIFT:

GEBURTSDATUM:

ICH ERKLÄRE MICH AUSDRÜCKLICH DAMIT EINVERSTANDEN, DASS MEINE DURCH DIE PRAXIS

PHYSIOTHERAPIE ULRIKE GOLDSCHMIDT

ERHOBENEN PERSONENBEZOGENEN DATEN (NAME, KONTAKTDATEN, BEHANDLUNGSUNTERLAGEN) AN

DIE PRAXIS

PHYSIOTHERAPIE STEIFFERT

ZUM ZWECKE DER WEITERBEHANDLUNG ÜBERGEBEN WERDEN.

ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN