

Einverständniserklärung für die Behandlung im MZEB Würzburg

Für die Behandlung der Patienten im MZEB Würzburg ist das Einverständnis des gesetzlichen Betreuers notwendig.

Hiermit erkläre ich _____ mich als gesetzlicher Betreuer damit einverstanden, dass

Herr / Frau _____, geboren am _____ als Patient im MZEB Würzburg vorgestellt werden darf.

Ich bin darüber informiert, dass ich mein Einverständnis zu jeder Zeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Wir bitten Sie für mögliche Rückfragen Ihre Kontaktdaten zu ergänzen und uns eine **Kopie Ihres Ausweises** zukommen zu lassen.

Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters:

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Die Erklärung können Sie uns per Mail oder per Fax zukommen lassen:

E-Mail: anmeldung@mzeb-wuerzburg.de

Fax: 09 31 / 20 92 55 44

Tel.: 09 31 / 2092 5500