

Behandlungseinwilligung



betreffend: _____

Ich stimme einer Diagnostik und Behandlung in den Praxen Dr. Flor, Dr. Kießling, Herr Gundacker zu.
Über den Behandlungsverlauf informiere ich mich eigenständig.

Unterschrift Sorgeberechtigte: _____

Kontakttelefonnummer: _____

Kontaktperson Praxis: _____

Datum: _____