

Einwilligung

zur Versorgung durch Ärzte des Palliativnetzes Nordeifel

Hiermit erkläre ich mich mit der Einschreibung in das Palliativnetz Nordeifel einverstanden. Ich bin mit der Übergabe der für die Behandlung notwendigen medizinischen Unterlagen an die Palliativärzte des Netzes einverstanden.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Tel. Nr.

Hausarzt:

Datum:

Unterschrift des Patienten/der Patientin
(bzw. Bevollmächtigter / Betreuer)
