

Einverständniserklärung

Patient:
(Nachname, Vorname, Geb.-Dat.)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Daten meiner am
in der Klinik für Nuklearmedizin, UKM, durchgeführten Untersuchung an

.....
(Name der Arztpraxis)

übermittelt werden.

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift