

**Ewa Gumbrecht**

**Fachärztin für Frauenheilkunde und**

**Geburtshilfe**

**Einverständniserklärung**

NAME:

Vorname:

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen, Rezepte, Verordnungen und Befunde an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem der Personalausweis vorgelegt wurde.

Name, Vorname, Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geb.-Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift