

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit einer Untersuchung / Behandlung von

Name des Patienten

im VALEARA MVZ Offenburg GmbH einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter, sorgeberechtigt

Ort, Datum

Unterschrift Vater, sorgeberechtigt

Ort, Datum

Unterschrift Jugendliche/r ab 14 Jahre