

Einweisender Arzt / Einweisender Frauenarzt	
Name	
PLZ, Ort	Straße, Nr.
Hausarzt	
Name	
PLZ, Ort	Straße, Nr.
Ich bestätige die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.	
Ich verpflichte mich, soweit kein gesetzlicher Kostenträger eintritt, die Kosten der Behandlung zu tragen.	
Es ist mir bekannt, dass das Krankenhaus nur für Geld und Wertsachen haftet, die ihm zur Aufbewahrung gegen Quittung übergeben worden sind.	
Ich bin damit einverstanden, dass für wissenschaftliche und statistische Zwecke die über mich erhobenen Daten, ohne Nennung meines Namens, verwendet werden können.	
<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> Unterschrift des Patienten <input type="checkbox"/> oder des gesetzlichen Vertreters <input type="checkbox"/> oder des Bevollmächtigten <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht wird nachgereicht	
Ort, Datum	Rechtsgültige Patienten-Unterschrift/Vertreter