



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name

Geburtsdatum

hiermit erkläre ich mich mit der Einsicht in meine bisherigen Behandlungsunterlagen der Praxis Dr. Paulus nach Praxisübernahme durch Graf v. Königsmarck ab dem 01.05.2018 einverstanden.

Münster, den

Unterschrift