

Praxis Dr. Schorn

Fax 0551-47061

Bitte senden Sie uns

Stempel

Kopien

Dringend per Fax _____

des folgenden Patienten zu:

Eine schriftliche Einwilligung des Patienten liegt unserer Praxis vor.

(Ohne diese Bestätigung können wir keine Kopien zusenden)

Datum

Unterschrift

Stempel