

Patienteneinwilligungen

Titel Antragsteller

Name | Vorname Antragsteller

Hiermit versichere ich, dass mir zu den für die Erlangung/Verlängerung der DEGUM-Stufe I/II vorgelegten Befunden, die schriftlichen Einwilligungen zur Weitergabe der Daten aller betreffenden Patienten lückenlos vorliegen.

(Dieses Dokument ist im Original vorzulegen)

Ort | Datum

Unterschrift