



Einverständniserklärung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Ort:

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die während meiner Therapie zur Verlaufskontrolle gemachten Fotos, als Bilddokumentation dem verordnenden Arzt zur Verfügung gestellt werden dürfen.

(Datum)

(Unterschrift)