

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

Kurzdarmsyndrom

Teil E Einverständniserklärung

Mit der Einsichtnahme in meine bei der KVBB geführte(n) Arztregister- und/oder Verwaltungsakte(n) durch die Geschäftsstelle des erweiterten Landesausschusses bin ich einverstanden.

Name, Vorname _____,

Ort, Datum: _____,

Unterschrift/Stempel: _____