Streng vertraulich

Original für
B III 1 b Erlösmanagement
Stationäre Abrechnung
(Stand 03/2019)

Widerspruch

Die/der Patientin/Patient

_____

Name / Vorname / Geburtstag

_____

Straße / PLZ / Ort

widerspricht hiermit ihrer/seiner schriftlich erteilten Zustimmung zu _____

Ulm, _____ _____ X _____
Datum ggf. Unterschrift Universitätsklinikum Unterschrift Patient/Vertreter

Ich handle als Vertreter/in mit Vollmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer/-in. Bei mehreren Vertretern handle ich für alle Vertreter.

_____ _____
Name / Vorname der Vertreterin/ des Vertreters Anschrift der Vertreterin / des Vertreters