

Stempel der Hausarztpraxis

Einwilligung

zur Versorgung durch qualifizierte
Palliativärzte Aachen Nordkreis (**PAN**)

Hiermit erkläre ich mich mit der Einschreibung in
das palliativmedizinische Versorgungsnetz
Aachen Nordkreis einverstanden.
Ich bin mit der Übergabe der für die Behandlung
notwendigen medizinischen Unterlagen an die Palliativärzte
des Netzes einverstanden.
Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Name, Vorname:

Geb.datum:

Straße:

Wohnort:

Tel.Nr.

Hausarzt:

Datum:

Unterschrift des Patienten/der Patientin
(bzw. Bevollmächtigter/Betreuer)
