

Absender:

**Erklärung über die Vollständigkeit der Behandlungsunterlagen**

Sehr geehrte

**Angaben zu Ihrer Person**

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Aufnahmenummer  
(falls vorhanden) \_\_\_\_\_

Sie wurden vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ bei uns behandelt.

Wir bestätigen, dass die ausgehändigten Patientenunterlagen vollständig sind.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Krankenhauses/der Praxis