

Praxisdaten

**Bestätigung der Aufklärung und / oder dem Ultraschall-Screening
für Bauchortenaneurysmen**

Hiermit bestätige ich, Herr _____, dass ich bisher
in keiner anderen Praxis die Aufklärung und / oder das Ultraschall-Screening für Bauchortenaneurysmen
erhalten haben.

Ort, Datum

Unterschrift