

Anlage 6 (nur wenn Wahlarzt gewünscht)

INDIVIDUELLE VERTRETUNGSVEREINBARUNG
(bei vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes)

Für den Zeitraum der vorhersehbaren Verhinderung meines Wahlarztes:

.....
Name Wahlarzt

vom _____ bis _____

entscheide ich mich für folgende Alternative:

- Ärztliche Vertretung durch Herrn _____
- Verzicht auf ärztliche Wahlleistungen im Fachbereich und Behandlung im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Versorgung ohne Arztwahl.

Ich wurde über die Alternativen ausführlich aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des Rehabilitanden
bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Mitarbeiter Kurparkklinik
(Klinikgesellschaft Heilbad Heiligenstadt mbH)