



Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichere ich,

(Name).....

(Adresse).....

nach erfolgter Belehrung und in Kenntnis der Strafbarkeit einer falschen
Versicherung an Eides statt, dass ich in der Vergangenheit in der Praxis von

Frau Dr. Eva Wadkien

Marktplatz 13, 56751 Polch

in Behandlung war.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)