



**St. Martinus-
Krankenhaus**

*Eine Einrichtung der Alexianer
und der Katharina Kasper Gruppe*

ERKLÄRUNG ZUR
**AMBULANTEN
SPEZIALFACHÄRZTLICHEN
VERSORGUNG (ASV)**



ERKLÄRUNG ZUR AMBULANTEN SPEZIALFACHÄRZTLICHEN BEHANDLUNG (ASV)

Die mir vorliegende Broschüre habe ich gelesen.
Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich
ausreichend über die „Ambulante spezialfach-
ärztliche Versorgung“ (ASV) informiert bin.

Name, Vorname Patient*in (bitte in Druckbuchstaben)

Datum und Unterschrift Patient*in

Datum und Unterschrift behandelnde Ärzt*in