



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 Anästhesiepraxis **Dr. Lothar Klimpel**, Bruchweg 2, 67117 Limburgerhof bei

Herrn Dr. Lothar Klimpel

in Behandlung war.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)