



## 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 Zahnarztpraxis  
Dr. Paulus in der Kasernenstr. 1B, 40213 Düsseldorf bei

**Herrn Dr. Karl Paulus**

in Behandlung war.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)