

Hoffnungstaler Stiftung Lobetal, MZEB Bernau  
Neuer Schulweg 12, 16321 Bernau bei Berlin

## Einwilligungserklärung zur Behandlung im MZEB Bernau

### Patient\*in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Betreuung durch

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Mit der Behandlung der/des o.g. Patientin/en im MZEB Bernau bin ich einverstanden.

Hiermit bestätige ich, dass in diesem Quartal **keine zeitgleiche Behandlung** in einem anderen MZEB, einer PIA oder einem SPZ erfolgt oder geplant ist und ich darüber aufgeklärt wurde, dass die Kostenübernahme für die Behandlung im MZEB Bernau nur erfolgt, wenn **keine** der vorher genannten Einrichtungen zuvor in diesem Quartal in Anspruch genommen wurden.

Die Datenschutzeinverständniserklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Bernau, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient\*in / ggf. gesetzliche Vertretung