



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 im

Luisen Krankenhaus Lindenfels, Schlierbacher Weg 11-21, 64678 Lindenfels,

in Behandlung war.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)