

# KÜNDIGUNG DER ARZTPRAXIS

Absender:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Empfänger (Arzt / Praxis):**

Name der Praxis / Arzt: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Betreff:**

Kündigung meiner Behandlung in Ihrer Praxis

Hiermit kündige ich meine Behandlung in Ihrer Praxis mit sofortiger Wirkung bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Bitte bestätigen Sie mir schriftlich den Erhalt dieser Kündigung sowie das Datum der Beendigung der Behandlung.

Ich bitte Sie, meine vollständigen Patientenunterlagen an mich zu übergeben oder an die von mir benannte neue Praxis weiterzuleiten.

Ich danke Ihnen für die bisherige Betreuung.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/kundigung-arzt/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.