

KÜNDIGUNG DES BEHANDLUNGSVERTRAGS

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Name und Adresse der Praxis/Behandler:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den mit Ihnen bestehenden Behandlungsvertrag mit sofortiger Wirkung bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Grund der Kündigung (optional):

Ich bitte Sie, mir den Erhalt dieser Kündigung zu bestätigen und mir eine Abschrift der Patientenakte sowie ggf. B

Mit freundlichen Grüßen,

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/kündigung-behandlungsvertrag/>

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.