Patientenaufkleber

**Patientenerklärung**

Hiermit bestätige ich,

a) meine Anmeldung an ein ambulantes, von den Krankenkassen anerkanntes Tabakentwöhnungsprogramm

b) über Ihr Angebot einer weiteren nachstationären telefonischen Beratung informiert worden zu sein.

Ihre Telefonnummer zur Kontaktaufnahme liegt mir vor

------------------------------------ --------------------------------------

Datum, Unterschrift Patient Datum, Unterschrift Krankenhaus