

## Information Kündigung Wahlarztvertrag

An das Sekretariat der \_\_\_\_\_

_____
Name, Vorname
_____
Aufnahmenummer
(oder Patientenetikett)

vorgenannter Patient/Patientin hat den bestehenden Wahlarztvertrag zum Ablauf des \_\_\_\_\_ gekündigt, das Original der Kündigung erhalten Sie anbei.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Abrechnung