



## 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 in der Praxis von

**Frau Dr. Eva Wadkien**

Marktplatz 13, 56751 Polch

in Behandlung war.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)