



Streng vertraulich

Original für  
B III 1 b Erlösmanagement  
Stationäre Abrechnung  
(Stand 03/2019)

## Widerspruch

Die/der Patientin/Patient

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname / Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Straße / PLZ / Ort

widerspricht hiermit ihrer/seiner schriftlich erteilten Zustimmung zu \_\_\_\_\_

Ulm, \_\_\_\_\_ Datum  
\_\_\_\_\_ ggf. Unterschrift Universitätsklinikum  
\_\_\_\_\_ X Unterschrift Patient/Vertreter

Ich handle als Vertreter/in mit Vollmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer/-in. Bei mehreren Vertretern handle ich für alle Vertreter.

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname der Vertreterin/ des Vertreters

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Vertreterin / des Vertreters