



Erklärung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ich wünsche, dass eine Kopie meiner Patientenakte in der Praxis Dres Susanne und Pierre Levasseur verbleibt.

Mir ist bekannt, dass Herr Dr. Pierre Levasseur und Frau Dr. Susanne Levasseur ab dem 30.6.2023 nicht mehr an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen.

Aachen , den

Unterschrift