

Einwilligungserklärung

Zur Erinnerung an Präventionsleistungen, Untersuchungen oder Impfungen

- Gesundheitsvorsorge "Check up"
- Krebsvorsorge
- Kontrolle im Rahmen des "DMP"
- Impfungen

Bitte Informieren Sie mich auf folgendem Weg:

- Brief (Adresse siehe oben)
- Fax Faxnummer: _____
- E-Mail E-Mail Adresse: _____
- Telefon Telefonnummer: _____
- SMS Handynummer: _____

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass die Praxis mich an oben genannte Untersuchungen erinnert.

Alle Fragen dazu wurden mir beantwortet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Erinnerung an Präventionsleistungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift