

Name (in Druckbuchstaben): _____

Geburtsdatum: _____

Einverständnis Erinnerungsservice

Hiermit erkläre ich mich zur Kontaktaufnahme durch die Hausarztpraxis
Susanne Haupt via

E-Mail: _____

Telefon/SMS: _____

zum Zwecke der Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen

fällige Impfungen

einverstanden.

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

Korbach, _____ Datum _____ Unterschrift

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Ich bin damit einverstanden, dass meine Hausärztin, Susanne Haupt,
Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem
Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei
dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind
verpflichtet, diese Informationen an meine Hausärztin weiterzuleiten. Meine
Hausärztin darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren
Behandlung verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich
widerrufen kann, ist mir bekannt.

Korbach, _____ Datum _____ Unterschrift