

Einwilligungserklärung



Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Kassen-Nr.

Versicherten -Nr.

Status

110114300

089216601

Betriebsstätten -Nr.

Arzt-Nr.

Datum

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Erinnerung an Präventionsleistungen, Untersuchungen oder Termine

Gesundheitsvorsorge

Impfungen

Krebsvorsorge

vereinbarte Termine

Kontrolle im Rahmen des DMP

Bitte informieren Sie mich auf folgendem

Weg:

Fax

Fax-Nummer: _____

E-Mail

E-Mail-Adresse: _____

Telefon

Telefonnummer: _____

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Praxis mich nach festgelegten Zeitabständen an o.g. 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 Patient(in) / gesetzl. Vertreter