



Praxisstempel

Einverständniserklärung des Patienten

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt/meine Ärztin an die unten aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erinnern kann:

- Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden

Und zwar auf folgendem Weg:

- Brief
- E-Mail
- Telefon
- SMS

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum