

## KONTAKTMÖGLICHKEITEN



NAME \_\_\_\_\_

VORNAME \_\_\_\_\_

GEB.-DATUM \_\_\_\_\_

Dürfen wir eine Nachricht auf Anrufbeantworter / Mailbox hinterlassen? ja ☐ nein ☐

Dürfen wir Sie an Termine erinnern?      telefonisch ☐ E-Mail ☐ Post ☐ SMS ☐

Möchten Sie medizinische Befunde / Unterlagen per Mail erhalten?  
per Messenger arzt-direkt ☐      verschlüsselt per E-Mail ☐

## VOLLMACHT ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Für Angehörige und Bekannte zur Entgegennahme/ Bestellung von medizinischen Dokumenten

Die unten aufgeführten Personen sind bevollmächtigt, für mich Patientendokumente (z.B. Überweisungen, Labordaten, Arztbriefe etc.) und Rezepte anzufordern und entgegenzunehmen.

1) NAME, VORNAME \_\_\_\_\_

GEB.-DATUM \_\_\_\_\_

2) NAME, VORNAME \_\_\_\_\_

GEB.-DATUM \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_      Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Einwilligung können jederzeit schriftlich widerrufen werden.