

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.