

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



DR. MED.  
**MARKUS RASTER**  
INTERNISTISCHE HAUSARZTPRAXIS

Marktplatz 2  
91604 Flachslanden  
Tel.: 0 98 29 / 932 799-7  
Fax: 0 98 29 / 932 799-6

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur Erinnerung an Präventionsleistungen, Untersuchungen oder Termine

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge         | <input type="checkbox"/> Impfungen           |
| <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge               | <input type="checkbox"/> vereinbarte Termine |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle im Rahmen des DMP | <input type="checkbox"/> _____               |

**Bitte informieren Sie mich auf folgendem Weg:**

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Brief   | Adresse siehe oben    |
| <input type="checkbox"/> Fax     | Faxnummer: _____      |
| <input type="checkbox"/> E-Mail  | E-Mail-Adresse: _____ |
| <input type="checkbox"/> 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