



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte und Labore übermittelt bzw. eingeholt werden dürfen.

Dies kann sowohl *telefonisch* als auch *schriftlich* oder per *Fax* erfolgen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Eichler und Kolleginnen mich an medizinische Kontrolltermine erinnern darf.

Dies kann sowohl *schriftlich* als auch *telefonisch* erfolgen.

Sollte ich selber verhindert sein, dürfen folgende Personen oder Einrichtungen Rezepte, Überweisungen oder andere Formulare für mich abholen.

Name	Adresse	Beziehung (z.B Vater, Tochter, Nachbar, etc.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Pat. bzw. ges. Vertreters