

Einverständniserklärung

Ich, _____, geb. _____, erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Rost mich nach festgelegten Zeitabständen an mögliche Untersuchungen erinnert:

- ◆ Krebsvorsorge bei Männern
- ◆ Gesundheitsuntersuchung bei Frauen und Männern

Mit dieser Erinnerung ist keine Verpflichtung verbunden, die mich an die Praxis bindet.

Ich kann jederzeit diese Einverständniserklärung widerrufen.

Die Erinnerung kann per Telefon, per Post, per Email oder persönlich erfolgen.

Meine aktuellen Daten:

Telefon: _____

Email: _____

Datum

Unterschrift des Patienten