

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



Praxisname
und -logo

Erinnerung an Präventionsleistungen Formblatt

1.5.2 (1)

MUSTER

Einwilligungserklärung zur Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Früherkennung Gebärmutterhalskrebs | <input type="checkbox"/> Impfungen |
| <input type="checkbox"/> Früherkennung Brustkrebs | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Früherkennung Hautkrebs | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Früherkennung Prostatakrebs | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Früherkennung Darmkrebs | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits-Check-up ab 35 | <input type="checkbox"/> _____ |

Bitte informieren Sie mich auf folgendem Weg

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Brief | Adresse s. oben |
| <input type="checkbox"/> Fax | Faxnummer _____ |
| <input type="checkbox"/> E-Mail | Email-Adresse _____ |
| <input type="checkbox"/> Telefon | Telefonnummer _____ |
| <input type="checkbox"/> SMS | Handynummer _____ |

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass die *Praxis Dr. Muster* 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)/
gesetzlicher Vertreter