

Name (in Druckbuchstaben): _____

Geburtsdatum: _____

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde Susanne Haupt von ihrer Schweigepflicht gegenüber der unten genannten Personen und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt und Rezepte, Medikamentenpläne etc. ausgehändigt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

1. Person:

2. Person:

3. Person:

4. Person:

Korbach, _____ Datum
_____ Unterschrift

Einverständnis Erinnerungsservice

Hiermit erkläre ich mich zur Kontaktaufnahme durch die Hausarztpraxis Susanne Haupt via

E-Mail: _____

Telefon/SMS: _____

zum Zwecke der Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen

fällige Impfungen

einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Korbach, _____ Datum
_____ Unterschrift

