

Dr. med. Viola Lenz

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin

Erasmusstr. 14, 40223 Düsseldorf, Tel.: 0211-16011020, www.praxis-bilk.de

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

Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen

Hiermit willige ich ein, das mich meine Arztpraxis mittels

- Telefon,
- E-Mail,
- Post

zum Zwecke der Erinnerung an

- Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden,
- Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden,

kontaktieren darf. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Wir setzen Sie davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in