

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mich Hr./ Fr. Dr.....
über sinnvolle und nötige Impfungen / Untersuchungen/informiert, mich an
ausstehende Termine erinnert und mir hierfür einen Konsultationstermin anbietet.

Bitte tragen Sie mich in die Erinnerungsdatei ein.

Gewünschte Form der Erinnerung:

Post Telefon Fax E-mail

Adresse:

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

E-mail:

Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen.

Ort

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !