

Name, Vorname, Geburtsdatum

Telefonnummer (freiwillig)

- * Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei vorbehandelnden Stellen (Krankenhäusern, niedergelassene Ärzte, Labore, Therapeuten, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen usw.) für den aktuellen Behandlungsfall angefordert werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Medizin Stühlingen GmbH mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an die unten angegebenen Ärzte zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Name und Anschrift des Arztes

Name und Anschrift des Arztes

- * Ich erkläre mich einverstanden, dass nachfolgend aufgeführte Personen mich betreffende Behandlungsunterlagen (z.B. Befunde, Röntgenbilder) sowie Rezepte an meiner Stelle nach Vorlage eines Lichtbildausweises abholen dürfen.

Name, Vorname

Name, Vorname

Name Vorname

*wenn gewünscht, bitte ankreuzen

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters