



Name der Patientin:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an die kooperierenden Labore (IZD Hannover/amedes MVZ wagnerstibbe Hannover/Nordstadt Krankenhaus Hann.) ggf. übermittelt werden. Ggf. ist eine Übermittlung meiner Daten u. a. an folgende Institutionen notwendig: Krankenkasse, medipecc, Rentenversicherung, Med. Dienst der Krankenkassen, Apotheke.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____ Name: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

1. Hiermit erteile ich **keine generelle Genehmigung** zur Weiterleitung von Befunden ggf. per Fax an meinen Hausarzt. Nach Rücksprache sollen auffällige Befunde meinem Hausarzt mitgeteilt werden.

oder

2. Hiermit erteile ich **eine generelle Genehmigung** in die Übermittlung **aller** erhobenen Befunde ggf. per Fax der obigen Frauenärztin an meinem Hausarzt für jetzt und in Zukunft.

Name und Anschrift des Hausarztes:

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung, ggf. auch teilweise, jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte wenden!

Inke Schulz-Dähn
Schlossplatz 11
31582 Nienburg

Sparkasse Nienburg
Kto 361 063 34
BLZ 256 501 06

FA Nienburg/ Weser
Steuernummer
34/142/08190





Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Unsere Praxis wird mit Bestellsystem geführt. Wir bitten daher, die Termine pünktlich einzuhalten bzw. falls erforderlich, die Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher, abzusagen. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt, und zwar mit 25 € pro Termin.

Ich habe das oben Ausgeführte zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

_____ Datum

_____ Unterschrift

