

## **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich

**Name:**

**geb.:**

**wohnhaft:**

**Telefonnummer:**

**Hausarzt:**

mich einverstanden, dass meine Daten in der Praxis Prinzenstraße gespeichert werden. Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der gemeinsamen Behandlung an Dritte (z.B. Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, Pflegedienst) weitergegeben oder von Dritten angefordert werden. Ich willige ein, dass ich im Falle eines wiederkehrenden Folgetermins (z.B. Gesundheitsuntersuchung) von der Praxis kontaktiert werde.

Datum:

Unterschrift

Praxis Prinzenstraße, Prinzenstr. 5, 24340 Eckernförde  
Tel. 0 43 51-8 92 130 , Fax 0 43 51-8 92 1311