

Dr. med. Vanessa I. Gies • Meisengasse 8 • 60313 Frankfurt

Name:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin,

zur Aufrechterhaltung eines lückenlosen Services und aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie, folgende Aussagen durchzulesen und uns Ihre Einverständnis mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

Hiermit erkläre ich:

- Ich bin mit der Einsicht in meine Patientenakte durch beide in der Praxisgemeinschaft Dr. med. C. Faul-Burbes und Dr. med. V. Gies tätigen Ärztinnen einverstanden
- Ich bin damit einverstanden, dass oben genannte Praxis mich im Rahmen eines Recall-Systems regelmäßig darauf hinweisen darf, dass meine Krebsvorsorge-Untersuchung ansteht
- Ich bin damit einverstanden, dass oben genannte Praxis mich per Email anschreiben darf  
Email Adresse :

- 
- Hiermit erteile ich oben genannter Praxis keine generelle Genehmigung zur Weiterleitung von Beratungsinhalten oder Befunden an meinen Hausarzt. Im Falle wichtiger Befunde werde ich ggf meine schriftliche Einwilligung für diesen Sonderfall erteilen oder einen entsprechenden Arzt angeben, wenn ich keinen Hausarzt habe
  - Ich widerspreche einem der oben genannten explizit (bitte angeben):
- 

---

Datum, Unterschrift der Patientin

