

## Einwilligungserklärung

---

Name, Vorname des Versicherten

---

Geburtsdatum

### Einwilligungserklärung

#### zur Erinnerung an Präventionsleistungen, Untersuchungen oder Termine

Gesundheitsvorsorge

Krebsvorsorge

Kontrolle im Rahmen des DMP

Impfungen

vereinbarte Termine

---

#### Bitte informieren Sie mich auf folgendem Weg

Fax                      Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

E-Mail                      E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon                      Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Praxis mich nach festgelegten Zeitabständen an o.g. Untersuchungen erinnert. Alle Fragen dazu wurden mir bereits beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Erinnerung an Präventionsleistungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

Vielen Dank für Ihre Angaben.

*Ihr Praxisteam*

**Arztpraxis Wille**  
Anika & Tobias Wille  
Bahnhofstraße 13  
29525 Uelzen

**So erreichen Sie uns**  
Tel.: 0581 97188920  
Mail: [info@arztpraxis-wille.de](mailto:info@arztpraxis-wille.de)

**Sprechstunde**  
Montag – Freitag 08.00 bis 12.00 Uhr  
Montag und Donnerstag 15.00 bis 18.00 Uhr  
und nach Vereinbarung

**Terminsprechstunde**  
Montag – Freitag 08.00 bis 10.00 Uhr  
Montag und Donnerstag 15:00 – 16:30 Uhr