

# Einverständniserklärung

Praxisname / Praxisstempel:

---

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an

- Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden

auf folgendem Weg

- Brief
- E-Mail
- Telefon
- SMS

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die oben aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erinnern kann. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in