

Mustermann, Egon, geb.: 12.12.2021

**Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an**

- Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden (ab U7 bis J2)
- weitere Termine wie Lungenfunktion, Allergietest ect.

auf folgendem Weg

-> Email Adresse \_\_\_\_\_

-> Telefonnummer (Handy) \_\_\_\_\_

Hiermit stimme ich zu, dass mich die Praxis an die oben aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen erinnern kann.

Diese Einverständniserklärung kann schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.  
Ich verpflichte mich, meine Kontaktdaten regelmäßig mit der Praxis zu vergleichen.

---

Datum

Unterschrift der Eltern/ Sorgeberechtigten