

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## Regelmäßige Wiedervorstellung

Meine Ärztin / mein Arzt hat mich darüber informiert, dass meine Erkrankung der regelmäßigen persönlichen ärztlichen Kontrolle bedarf. Die Praxisgemeinschaft **barth domke** – ärzte und psychologen® bietet als kostenfreie Serviceleistung den rechtzeitigen Hinweis auf die erforderliche Wiedervorstellung an.

- Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxisgemeinschaft **barth domke** – ärzte und psychologen® bei Bedarf an notwendige Termine erinnert, und zwar
- schriftlich an die obige Adresse
  - telefonisch unter der Rufnummer  
(maximal zwei Anrufversuche) \_\_\_\_\_
  - per Fax unter der Telefaxnummer  
(maximal zwei Sendeversuche) \_\_\_\_\_
  - per E-Mail unter der E-Mail-Adresse  
\_\_\_\_\_
- Ich wünsche keine Kontaktaufnahme durch die Praxisgemeinschaft **barth domke** – ärzte und psychologen® zur Erinnerung an notwendige Termine. Für die rechtzeitige und regelmäßige Wiedervorstellung trage ich eigenverantwortlich Sorge.

---

Ort

Datum

Unterschrift