Dr.med. Inez Aengenheyster, Winziger Platz 9, 59872 Meschede

**Einverständniserklärung**

Ich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name, Geb.-Dat.)

erkläre mich einverstanden, dass die medizinischen Mitarbeiter der Arztpraxis

Dr. med. Inez Aengenheyster, Winziger Platz 9, 59872 Meschede die folgenden Formulare (bei Nicht-Einverständnis diejenigen streichen):

Rezepte, Über-/ Einweisungen, Verordnungen (z.B. Physiotherapie, häusl. Krankenpflege usw.), Befunde

an die u.g. Person/en aushändigen dürfen.

* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name, Geb.-Dat.)
  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name, Geb.-Dat.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift