



Martin F. J. Bauer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)
Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTÜM e. V.), Reisemedizin
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt, Medizinischer Gutachter
Hauptstraße 71 • 12159 Berlin, Tel: (030) 810 309 55 -0 • Fax: - 9
team@hausarzt-bauer.eu • www.hausarzt-bauer.eu

Name/Vorname/Geb.:

Anschrift:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Einhaltung Ihrer wichtigen **Termine** (Impfungen, Vorsorge, Nachsorge etc.) ist es ratsam, Sie schriftlich oder telefonisch daran zu erinnern. Ebenfalls können wir Sie auf **Praxisseminare** (Rückenschule, Ernährungsberatung, Entspannungstraining, Nichtraucherurse etc.) hinweisen. Auch **Nachbefragungen** zur Qualitätskontrolle Ihrer Behandlung sind am besten postalisch oder telefonisch abzuwickeln.

Um Sie außerhalb des Behandlungsquartals ansprechen zu können, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis, dass wir Sie benachrichtigen dürfen. Dieses können Sie durch Ihre Unterschrift mit Angabe des Datums kundtun.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jährliche Krebsvorsorge - Männer | <input type="checkbox"/> Jährlicher Check-up |
| <input type="checkbox"/> Impfungen | <input type="checkbox"/> Dreijährlicher Check-up 35 (Gesundheitsuntersuchung) |
| <input type="checkbox"/> Laborkontrolle | <input type="checkbox"/> DMP - strukturiertes Behandlungsprogramm: KHK, Diab. Mell, COPD, Asthma |
| <input type="checkbox"/> sonstige Untersuchungen: | |

Bitte informieren Sie mich :

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> telefonisch | Telefonnummer: | _____ |
| <input type="checkbox"/> schriftlich | Ggf. Faxnummer: | _____ |
| <input type="checkbox"/> per E-Mail | E-mail-Adresse: | _____ |

Mit dieser Erinnerung ist keine Verpflichtung verbunden, die mich an die Praxis bindet.
Ich kann jederzeit diese Einverständniserklärung widerrufen. Falls Sie keinerlei Benachrichtigung möchten, lassen Sie bitte das ganze Blatt unausgefüllt und unterschreiben nicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter/in