

Einwilligung zum Recall

Sehr geehrte Damen und Herren,

um im Zuge der Behandlung Ihrer Erkrankung die bestmögliche Versorgung zu erreichen, benötigen wir Ihre Einwilligung zur telefonischen Kontaktaufnahme durch den behandelnden Osteologen.

Ich,

Name Patient

Adresse

Telefon-Nr.

willige **ein / nicht ein**, dass

Frau/Herr

Name Arzt

Praxisstempel

oder von ihr/ihm autorisiertes Praxispersonal mich zum weiteren Verlauf und der aktuellen Therapie der Osteoporoseerkrankung befragen darf.

Ort, Datum

Unterschrift Patient