

Einverständniserklärung

zwischen

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

und

**Praxis Dipl. Med. Christiane Klein & Dr. med. Alexander Winter
Hauptstraße 17, 75391 Gechingen**

Die oben genannte Praxis wird ermächtigt, folgenden Instanzen bzw. genannten Personen angeforderte persönliche Unterlagen von mir auszuhändigen bzw. an diese weiterzuleiten:

- Rezepte an die Apotheke**
- Heilmittel-Rezepte an die Physiotherapie-Praxis**
- Rezepte und Verordnungen an den häuslichen Pflegedienst**
- Rezepte-Überweisungen-Verordnungen-Berichte-Befunde an das Pflegeheim**
- Vertrauensperson/en (bitte namentlich aufführen)**

Vertrauensperson

Name Vorname Anschrift

Vertrauensperson

Name Vorname Anschrift

Vertrauensperson

Name Vorname Anschrift

Gechingen, den _____

Unterschrift Patient / Patientin bzw. gesetzlicher
Vertreter / gesetzliche Vertreterin