

Hausarztpraxis Pegau
Dr. med. Astrid Meier
Zeitzer Straße 25
04523 Pegau

**Einverständniserklärung zur Weitergabe von bestellten Unterlagen sowie
Informationen an Dritte und Angehörige**

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen zu meiner Person und bestellte Unterlagen, wie z.B. Rezepte oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an folgende Angehörige, Apotheken, Pflegeheime/Dienste bzw. Institutionen versendet werden bzw. abgegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Dritte

Institution/Name (z.B. Pflegedienst, Pflegeheim):

Angehörige

Name: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Name: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Name: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Geburtsname der Mutter des Patienten zum Identitätsabgleich: _____

Ort, Datum

Unterschrift