



HAUTZENTRUM
AM HOLZMARKT
CORIUS 



HAUTKLINIK
AM HOLZMARKT
CORIUS 

Angehörige

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden, dass die unten genannte Person in meinem Namen...

- ☐ ...Rezepte abholen darf.
- ☐ ...Rezepte per Fax erhalten darf.
- ☐ ...Auskunft bezüglich meiner medizinischen Daten erhalten darf.

Mein Einverständnis hierzu gilt...

- ☐ ...einmalig.
- ☐ ...bis zum Widerruf.

Name _____ Vorname _____

Straße _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Vorname, Name des/der gesetzlichen Vertreters/in bei z.B. minderjährigen Patienten/Patientinnen (in Druckbuchstaben)