Name:

Vorname:

Strasse:

Wohnort mit PLZ:

Geb. Datum:

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung per E-Mail:

Hiermit erteile ich der Hausarzt- Facharzt Praxis Oberdorf Laboe (Dr. Forquignon/Dr. Lübeck/Dr. Rusitska) mein Einverständnis mir medizinische Daten per E-Mail zu übermitteln. Dieses Einverständnis gilt, bis ich das Gegenteil erkläre.

E-Mailadresse:

Ort:

Datum:

Persönliche Unterschrift