

Angaben zur Person

(zur Erfassung Ihrer Personalien)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ/Wohnort: _____

Straße/Nr.: _____

Telefonnummern:

✓ privat: _____

✓ dienstlich: _____

✓ Handy: _____

✓ Email: _____ @ _____

Name Ihrer
Krankenversicherung: _____

Hauptversicherte(r): _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. Anschrift)

Vielen Dank!

Für nachfolgende Terminvereinbarungen bitte ich um:

- Telefonische Erinnerung
- Erinnerung per Email
- Keine Erinnerung

Medicover Hannover MVZ | Schiffsraben 30 | 30175 Hannover

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von Dritten abgeholt werden dürfen, wenn meine Versicherungskarte oder eine von mir unterschriebene Vollmacht von diesen vorgelegt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten folgenden Personen Auskunft (auch telefonisch) bzgl. meiner Daten geben dürfen:

Ich bin berechtigt, diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift