

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Festnetz-Telefon	
Mobil-Telefon	
E-Mail	
Krankenversicherung	
Wiederkehrende Erkrankungen und Dauermedikamente	
Bisher behandelnder Arzte/Ärzte	

Datenschutzerklärung:

Hiermit stimme ich einer Datenübermittlung an Labore und weiterbehandelnde Ärzte zu.

Ich stimme zu, dass meine bisher und aktuell behandelnden Ärzte Befunde an Herrn Dr. Krause senden dürfen.

Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen

Unterschrift.....

Datum.....