

Hiermit stimme ich zu, dass mich die Praxis am Kirchberg an Früherkennungs-  
untersuchungen, Blutabnahmen und Impfungen erinnert.

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit  
widerrufen werden.

Ort, Datum

---

Unterschrift

---