

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass für den Notfall meine persönlichen Daten und medizinische Angaben auf meiner Gesundheitskarte gespeichert werden.

Ich habe das Infoblatt vom 29.1.2026 erhalten, gelesen und verstanden.

Name	
Vorname	
Kontakt Daten für den Notfall	
(a) wie in der Praxis schon angegeben	
(b) bitte diese eintragen	
Name	
Vorname	
Telefonnummer	
Unterschrift der Patientin bzw. des Patienten oder der Betreuerin bzw. des Betreuers	