

## *Patienten-Einverständniserklärung*

Hiermit gebe ich mein Einverständnis dazu, dass meine behandelnden Hausärztinnen Drs. Ulrike Alcock und Caroline Bogner, bei meiner Krankenkasse Informationen einholen dürfen, bei welchen Ärzten ich in der Vergangenheit in Behandlung war und welche Medikamente rezeptiert wurden.

Ferner dürfen die ärztlichen Kollegen um Informationen zur Behandlung und zur Verschreibung von Medikamenten befragt werden.

---

*Ort, Datum*

*Unterschrift*