

Erinnerung an Vorsorge-, Impf- oder Kontrolltermine

Liebe Patientin, lieber Patient,

gerne unterstützen wir Sie dabei, wichtige Termine Ihre Gesundheit betreffend im Auge zu behalten. Dazu brauchen wir Ihr Einverständnis. Wenn Sie dazu bitte in der folgenden Liste ankreuzen, an welche Untersuchungen Sie zukünftig von uns erinnert werden wollen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Nachuntersuchungen
- Schutzimpfungen
- Ultraschallkontrolle
- Laborkontrolle
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
 - Gebärmutterhals, Krebsabstrich (ab 20 Jahre, jährlich)
 - Brustkrebs Tastuntersuchung (ab 30 Jahre, jährlich)
 - Mammographie (ab 50 Jahre, alle 2 Jahre)
 - Hautkrebs-Screening (ab 35 Jahre, alle 2 Jahre)
 - Darmkrebsvorsorge (ab 50 Jahren, jährlich), bei erblicher Vorbelastung früher.
- Vorsorgeuntersuchungen
 - Herz-Kreislauf-Stoffwechsel = Check-up 35, (ab 35 Jahre, alle 2 Jahre)
 - J1, J2 Jugendgesundheitsuntersuchung (12-14, 16-17 Jahre)
- Fachärztlich empfohlene Kontrollen, z. B.
 - Augenärztliche Kontrolle, ab 40 Jahren, jährlich

Auf welchem Weg wollen Sie erinnert werden?

- Per email, an folgende email-Adresse:.....
- Telefonisch Mein Festnetzanschluss:
Gerne auch per SMS auf die Mobil-Nr.....
- Schriftlich per Post, bitte an die folgende Adresse:.....

Vor- und Nachname:

Geb.-Datum:

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Hinweis: Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen.