EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Feld für Ihre Kontaktdaten:
(fügen Sie Ihren Briefkopf und/oder Ihr Logo ein)

Ich bin damit einverstanden, dass [Name des Hörakustik-Fachgeschäfts X] Kontakt zu

meinem Arzt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

aufnimmt, um Daten in Bezug auf meine audiologische Behandlung auszutauschen.

Ich kann diese Einverständniserklärung jederzeit rückgängig machen, durch formlose Nachricht an [Name des Hörakustik-Fachgeschäfts X].

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name in Druckschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_