

## Einwilligung zum Recall

Sehr geehrte Damen und Herren,

um im Zuge der Behandlung Ihrer Erkrankung die bestmögliche Versorgung zu erreichen, benötigen wir Ihre Einwilligung zur telefonischen Kontaktaufnahme durch den behandelnden Osteologen.

Ich,

\_\_\_\_\_

Name Patient

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.

willige **ein / nicht ein**, dass

Frau/Herr

\_\_\_\_\_

Name Arzt

\_\_\_\_\_

Praxisstempel

oder von ihr/ihm autorisiertes Praxispersonal mich zum weiteren Verlauf und der aktuellen Therapie der Osteoporoseerkrankung befragen darf.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient