



MKK

Medizinisches Kompetenzkollegium Kamen

Gemeinschaftspraxis M. M. Nickertz Dr. med. K. König GbR

Allgemeinmedizin · Innere Medizin · Diabetologie · Endokrinologie



Westicker Str. 1 | 59174 Kamen | Tel. 02307-973720 | Fax 02307-9737220 | www.mkk-kamen.de | kontakt@mkk-kamen.de

RECALL in Ihrem MKK

Einverständniserklärung der Patient*innen zur Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Krankenkasse/Kostenträger: _____

(z.B. *Privat Versicherte: Debeka, HUK, Merkur, DKV, etc.*
Gesetzlich Versicherte: AOK, BKK, Techniker, etc.)

Hiermit willige ich ein, dass mich mein MKK mittels (Mehrfachnennungen möglich)

Telefon (mobil): _____

E-Mail: _____

SMS: _____

zum Zwecke der Erinnerung an, z.B. Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen kontaktieren darf.

Ja – ich möchte jährlich meine durch die STIKO empfohlene Grippeimpfung erhalten.

Nein – ich verzichte auf eine jährliche Grippe-Impfung oder entscheide es jedes Jahr neu.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Wir setzen Sie davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

**Bitte mailen, faxen oder senden Sie uns die obige Einverständniserklärung per Post zu.
Natürlich können Sie diese auch bei Ihrem nächsten Besuch in Ihrem MKK mitbringen**