

Bitte geben Sie dieses Schmerzprotokoll mind.3 Tage vor ihrem nächsten Sprechstundentermin ab.

Unterschrift

Mir ist bekannt dass meine Behandlungsdaten in der Arztpraxis für Familienmedizin gespeichert werden.

Alle Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese Daten.

Ich wurde auf die allgemeine Patienteninformation der Praxis zum Datenschutz hingewiesen und habe diese zur Kenntnis genommen.