

Name: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geb.: ____/____/____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____

Tel.: _____ **Handy:** _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Vorerkrankungen: _____

Medikamente: _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____ **Allergien:** _____

Operationen: _____

Letzte Mammographie : _____

Letzte Darmspiegelung : _____

Alter der ersten Periode: ca. _____ Jahre

Datum der letzten Periode: ____/____/____

Recall-Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mich die Praxis Dr. med. Anna Holk & Inga Naeve, Bachstrasse 6, 24340 Eckernförde an die zukünftige Krebs-Früherkennungsuntersuchung erinnern darf.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____ **Per Karte:** __ **Per E-Mail:** __

Angaben bei Familienversicherung

Versichert über:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: ____/____/____