

---

Name

Vorname

---

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

**Einwilligungserklärung  
zur Erinnerung an Gesundheitsuntersuchungen**

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass mich die Praxis Dr. Bayer postalisch an Gesundheitsuntersuchungen erinnern kann.

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Pforzheim, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift der/des Patientin/Patienten