



Augenarztpraxis

Dr. med. Melanie Eberle

Fachärztin für Augenheilkunde (FMH)

Seetalstrasse 11 6020 Emmenbrücke

Tel. 041 261 04 40 praxis.eberle@hin.ch

Einverständniserklärung des Patienten

Einverständnis gegeben von

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ und Ort: _____

Einverständnis gegeben an

Praxis/Firma: _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ und Ort: _____

Ich bin damit einverstanden, dass obengenannte Person von der Augenarztpraxis Dr. Eberle («Ophtavis AG») Behandlungsdaten und Befunde von mir erfragen darf. Der Empfänger darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, durch Nachricht an die Augenarztpraxis Dr. Eberle («Ophtavis AG»), ist mir bekannt.

Ort und Datum

Einverständnis erteilt

Ort und Datum

Einverständnis erhalten

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Arzt
- Optiker
- Andere Vertrauensperson