



PRAXIS AM  
BEBELPLATZ

Dr. med. Holger Haas  
Facharzt für Allgemeinmedizin

Reichenberger Allee 2a  
24146 Kiel  
Tel.: 0431/781166  
Fax: 0431/786644

## Formular zur Aktualisierung der Kontaktdaten

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Patientendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich (optional): \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Notfallkontakt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Einverständnis zur Kontaktaufnahme

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich zu organisatorischen Zwecken (z. B. Terminvereinbarung, Terminänderung, Rückfragen) unter den oben genannten Kontaktdaten kontaktiert.

ja     nein

Ich erteile diese Einwilligung freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_