



Information zum Recall

Sehr geehrte/r Patient/in, sehr geehrte/r Betreuer/in,

für unten genannten Patienten bieten wir einen halbjährlichen Recall-Service an, das heißt, wir führen nach Voranmeldung einen Kontrollbesuch durch.

Dieser kostenfreie Service wird gewünscht:

- ja
 nein

Angaben zum Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Angaben zum Bevollmächtigten (falls bestellt):

Name	Vorname	Anschrift
------	---------	-----------

Mit folgender Unterschrift wird obige Auswahl bestätigt

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Bevollmächtigter

Selbstverständlich stehen wir für offen gebliebene Fragen gerne zur Verfügung.

Für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis bedanken wir uns und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Ihr mobiles Praxisteam aus Gössenheim