

Patientenetikett

**Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Rückentherapie:
Information an behandelnde Ärzte und Angehörige**

Hausarzt:

Vor- und Nachname:

Straße:

Ort:

Orthopäde:

Vor- und Nachname:

Straße:

Ort:

Facharzt (optional):

Vor- und Nachname:

Straße:

Ort:

Ich willige ein, dass die Klinik die oben genannten Ärztinnen und Ärzte im Rahmen meiner Behandlung kontaktieren und die hierfür erforderlichen medizinischen Informationen übermitteln darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Stuttgart, den _____

Unterschrift Patient/ -in