



**Priv.- Doz. Dr. med. Jan Smrcek**

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**Pränatale Diagnostik (Degum II)**

**Amb. Operationen • Akupunktur**

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

### **Datenschutzerklärung**

- Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und zugestimmt.
- Ich stimme der Erhebung freiwilliger Daten zu.  
Freiwillige Daten sind auf unserem Anamnesebogen die Telefonnummer sowie die Frage Nr.1.

---

Datum/Unterschrift Patientin

### **Vollmacht**

Hiermit bevollmächtige ich bis auf Widerruf folgende Person/en zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befunden, Laborergebnisse und sonstige Unterlagen:

---

---

---

Diese Vollmacht ist nur in Verbindung mit einem Personalausweis gültig und kann jederzeit widerrufen werden

---

Datum/Unterschrift Patientin