

**Dr.med. Kurt Larem**

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Sportmedizin, Chirotherapie  
Betriebsmedizin



**Karl-Ludwig Zimmer**

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Palliativmedizin  
Akupunktur

**Hausärztliche Gemeinschaftspraxis**  
Mainzer Str. 31 64839 Münster  
Tel.: 06071-31164 Fax.: 06071-62438

**Patient:**

---

( Name, Vorname, Geburtsdatum)

**Einverständniserklärung/Vollmacht**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass folgenden Personen

---

(Namen, Vornamen, Geburtsdaten)

---

(Namen, Vornamen, Geburtsdaten)

Untersuchungsergebnisse, Befunde, Rezepte, Überweisung etc. von mir  
ausgehändigt werden dürfen.

Diese Einverständniss kann ich jederzeit widerrufen.

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten)