

Liebe Patientin,

wir bieten Ihnen an, Sie regelmäßig und ohne Kosten für Sie  
an Ihre Krebsvorsorgeuntersuchung zu erinnern.

Ja, ich möchte an die Krebsvorsorge erinnert werden, und zwar

- jährlich (Kassenleistung)
- zusätzlich nach 6 Monaten (Privatkassen oder Selbstzahler)

Name \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Mobilnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns Änderungen von Adresse oder Telefonnummern mit  
oder wenn Sie nicht mehr erinnert werden möchten.