

## **Dr.med.Peter Lücker**

Facharzt für Allgemeinmedizin \* Chirotherapie \* Sport- und Tauchmedizin \*  
Spezielle Schmerztherapie \* Akupunktur

## **Claudia Wallenwein**

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Darmstädter Straße 43  
64839 MÜNSTER

Telefon: 06071 – 35231  
Telefax: 06071 – 36018

www.dr-luecker.de

---

### **Einverständniserklärung für Recall-Service**

Name:.....Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

---

#### **Ich bitte um regelmäßige Erinnerung an Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen.**

- Gesundheitsvorsorge
- Krebsvorsorge
- Kontrolluntersuchungen wegen Diabetes
- Kontrolluntersuchungen wegen KHK
- Kontrolluntersuchungen wegen COPD
- Kontrolluntersuchungen wegen sonstiger chronischer Erkrankungen  
und zwar: .....
- Impfungen (nach Vorlage des vollständigen Impf-Unterlagen/Impfausweis)

#### **Termine:**

- Ich bitte im Rahmen der Erinnerung gleich um einen Termin.

Meine Terminwünsche sind:

- Mo.     Di.     Mi.     Do.     Fr.     vormittags     nachmittags

#### **Bitte benachrichtigen Sie mich per:**

- Post
- Telefon, meine Telefonnummer ist: .....
- E-Mail, meine E-Mail-Adresse ist:.....

Dieser Benachrichtigungsservice ist kostenfrei und freiwillig, er kann jederzeit widerrufen werden.

Datum: .....      Unterschrift:.....