



# Praxis für Verkehrsmedizin Blekas

## Praxis für Verkehrsmedizin Blekas

Med. Leitung: Georgios Blekas  
Facharzt für Neurologie  
mit verkehrsmedizinischer Qualifikation  
Rehabilitationswesen

Karlstr.29  
72488 Sigmaringen

Mobil: (01525) 3753172  
Mail: praxis@verkehrsmedizin-sig.de  
Web: www.verkehrsmedizin-sig.de

Praxis für Verkehrsmedizin Blekas  
Karlstraße 29 – 72488 Sigmaringen

**Bankverbindung:**  
IBAN:DE29 6535 1050 0000 0388 21  
BIC: SOLADES1SIG.  
Hohenzollerische Landesbank Sigmaringen

Praxis für Verkehrsmedizin Blekas  
Karlstraße 29  
72488 Sigmaringen

## Bestätigung und Einverständniserklärung

über

<input type="checkbox"/>	4	Kontrollen in	<input type="checkbox"/>	6	Monaten
<input type="checkbox"/>	6	Kontrollen in	<input type="checkbox"/>	12	Monaten
<input type="checkbox"/>		Kontrollen in	<input type="checkbox"/>		Monaten

(Bitte den gewünschten Umfang der Kontrollen ankreuzen!)

Urinkontrolle,  Haaranalyse

EtG (Alkohol),  Drogen,  Opiate,  Spice,  Kombi,  \_\_\_\_\_

(Bitte gewünschte Untersuchung ankreuzen!)

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße + Hausnummer:	
Postleitzahl + Wohnort:	
Telefon-Nr. Mobil:	
Telefon-Nr. Alternativ:	
E-Mail:	

**Meine Arbeitszeiten** (Schichtarbeit bitte angeben, evtl. Schichtplan vorlegen):

- Ich habe die Bedingungen des Abstinenzkontrollprogramms (Informationsblatt, welches wesentlicher Vertragsbestandteil ist), zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.
- Mit der Akteneinsicht in das Kontrollprogramm durch .....bin ich einverstanden.
- Über den Verlauf bzw. die Befunde des Abstinenzprogramms darf mein Rechtsanwalt /  
Bewährungshelfer ..... informiert werden.
- Ich benötige eine Kopie des Vertrags

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Klient: \_\_\_\_\_

(Nur von Personal ausgefüllt werden)

Programmbeginn:

Änderungen des Vertrags: