

Einverständniserklärung: Weiterbehandlung & DSGVO & ReCall & Termine

Patientenname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail-Adresse

> bitte entsprechend ankreuzen

- ☐ Ich erkläre hiermit, die Informationen zur DSGVO in der Praxis zur Kenntnis genommen zu haben.
- ☐ Hiermit willige ich ein, dass mich meine Arztpraxis mittels
- ☐ E-Mail ☐ Telefon ☐ Brief (an obige Anschrift)
- zum Zwecke der Erinnerung an empfohlene, regelmäßig wiederkehrende Untersuchungen (wie z.B. Früherkennungsuntersuchungen) und Impfungen kontaktieren darf.
- ☐ Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Arztpraxis unter der angegebenen E-Mail-Adresse an den vereinbarten Termin erinnern kann.

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich jederzeit von mir widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift