

Einverständniserklärung des Patienten

zur Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und sonstige Kontrolltermine

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannten Arztpraxen mittels

- Post
- Telefon
- SMS
- E-Mail

kontaktieren, um mich an

- Vorsorgeuntersuchungen (z. Bsp. Checks)
- Impfungen
- sonstige Kontrolltermine (z. Bsp. Ultraschall, Verlaufskontrollen)

zu erinnern.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin

Wir bitten Sie, uns umgehend mitzuteilen, wenn sich Ihre Kontaktdaten ändern.
Nur so können wir sicherstellen, dass die Mitteilungen an den richtigen Empfänger
versendet werden.

Wir weisen darüber hinaus darauf hin, dass die Benachrichtigungswege SMS und E-
Mail unverschlüsselt sind und damit unter Umständen von unberechtigten Dritten
mitgelesen werden können.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.