

Patienteninformation Einwilligungserklärung in Terminerinnerungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bieten Terminerinnerungen an. Wenn Sie an Termine in unserer Praxis erinnert werden möchten, unterschreiben Sie bitte diese Einwilligungserklärung.

Hiermit willige ich,

Name

geboren am

Adresse

ein, dass die Hausarztpraxis Dr. med. Ines Sperling (Demianiplatz 56, 02826 Görlitz)

mich an folgende Termine erinnern darf:

- Impfungen
- Vorsorge-Untersuchungen
-

Ich möchte kontaktiert werden per

- Telefon/SMS:
- E-Mail:
- Medizinischer Messenger:
- Brief

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Patienten/in,
ggf. des gesetzlichen Vertreters