
Einverständniserklärung zum Recall-Service

Name, Vorname des Patienten/der Patientin: _____

geb. am: _____

Einverständniserklärung zur Erinnerung an notwendige Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen, fällige Impfungen oder andere anstehende Untersuchungen.

Ich stimme zu, dass mein Arzt/meine Ärztin mich aus den oben aufgeführten Gründen erinnern kann

Ich stimme nicht zu, dass mein Arzt/meine Ärztin mich aus den oben aufgeführten Gründen kontaktieren darf.

Die Erinnerung soll auf folgendem Weg erfolgen (bitte ankreuzen):

E-Mail – an folgende Adresse: _____

Telefon – unter folgender Nummer: _____

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Winnweiler, den
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des/der Patienten/Patientin
bzw. gesetzlichen Vertreters/Vertreterin)