

Patienteninformation – Einwilligungserklärung in Terminerinnerungen



Praxis für
**Kinder- und
Jugendmedizin**
Rastede

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 Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Rastede, Oldenburger Straße 121,
26180 Rastede

mich an folgende Termine erinnern darf:

- Impfungen
- Vorsorge-Untersuchungen
- Gesprächstermine
-
-

Ich möchte kontaktiert werden per

- Telefon/SMS:
- E-Mail:

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