

Name,
Vorname:

Geburtsdatum:

Hiermit willige ich ein, dass mich meine Hausarztpraxis mittels

Telefon:

(wenn einverstanden bitte Telefonnummer eintragen)

Email:

(wenn einverstanden bitte Email Adresse eintragen)

SMS:

(wenn einverstanden bitte Handynummer eintragen)

Post:

(wenn einverstanden bitte Adresse eintragen)

zum Zwecke der Erinnerung an

Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden

Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden

kontaktieren darf.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Wir setzen Sie davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient