

Einverständniserklärung zur Erinnerung an Kontroll- und Früherkennungsuntersuchungen

Name:

Geb.:

Adresse:

Hiermit willige ich ein, dass mich meine Arztpraxis mittels

<input type="checkbox"/>	E-Mail an folgende Adresse	
<input type="checkbox"/>	Telefon unter dieser Nummer	
<input type="checkbox"/>	Brief (an obige Anschrift)	

zum Zwecke der Erinnerung an empfohlene, regelmäßig wiederkehrende Untersuchungen (wie z.B. Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchungen) und Impfungen 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