

Einverständniserklärung zur Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Vers.Nr.: _____

Hiermit willige ich ein, dass mich meine Arztpraxis mittels

- Telefon,
- E-Mail,
- SMS,
- Post

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 Patient/in