

Praxis
Anke Richter
Wiehengebirgsstr. 76
32549 Bad Oeynhausen

Einverständniserklärung zum Recall-Service

Name, Vorname des Patienten	geb. am
-----------------------------	---------

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Hiermit stimme ich zu, dass mich die Praxis in regelmäßigen Abständen an meine notwendigen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchung sowie fällige Impfungen oder andere anstehende Untersuchungen erinnert.

Die Erinnerung erfolgt per E-Mail:

E-Mail an diese Adresse: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in