

## Einverständniserklärung zum Recall-Service (Termin-Erinnerung)

Name, Vorname d. Patienten	Geboren am	ID

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen.

Hiermit stimme ich zu, dass mich die Praxis Dr. Offenberger & Kollegen in regelmäßigen Abständen an meine notwendigen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sowie fällige Impfungen oder andere anstehende Untersuchungen erinnert.

Die Erinnerung soll auf folgendem Weg erfolgen:

E-Mail an diese Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon unter dieser Nummer: \_\_\_\_\_

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in