



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir bitten Sie um Ihre Mithilfe. Wir benötigen Ihre Zustimmung zur Kontaktaufnahme über die verschiedenen Kanäle, um die Kommunikation mit Ihnen auch zukünftig komfortabel, modern und rechtssicher zu gestalten.

Besuchen Sie gerne auch unsere Internetpräsenz unter www.hausarzt-goldbach.de und nutzen Services, wie die Bestellung von Rezepten und Überweisungen über Onlineformular (oder über den Anrufbeantworter) oder die Onlineterminvergabe (nur mit der bei uns hinterlegten E-Mail-Adresse möglich). Geben Sie die nachfolgende Erklärung bitte ausgefüllt und unterschrieben in der Praxis ab. Besten Dank!

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme und Datenübermittlung mit Patienten

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Telefon Festnetz	
Telefon Mobil	
E-Mail-Adresse	
Fax	

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich wie folgt kontaktieren darf.

Ich akzeptiere den Kontakt per (zutreffendes bitte ankreuzen):

Telefon E-Mail Fax SMS

Ich erlaube den Versand von (zutreffendes bitte ankreuzen):

Newsletter Termindetails medizinischer Dokumentation Rechnungen

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

X

Datum

X

Unterschrift Patient