

DR. MED. HEIKE GRUNENBERG-SAUER
 FACHÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN
 PALLIATIVMEDIZIN

JOACHIM LENTZKOW
 FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
 NOTFALLMEDIZIN – PALLIATIVMEDIZIN

FRANK HARTL
 FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
 NOTFALLMEDIZIN – MANUELLE MEDIZIN/CHIROTHERAPIE
 TEL.: +49 6021 581080 / FAX: +49 6021 5810829
 WWW.HAUSARZT-GOLDBACH.DE



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

um die Kommunikation mit Ihnen auch zukünftig modern und rechtssicher zu gestalten, benötigen wir Ihre Zustimmung zur Kontaktaufnahme über die verschiedenen Kommunikationskanäle. Geben Sie die nachfolgende Erklärung bitte ausgefüllt und unterschrieben in der Praxis ab. Besten Dank!

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme und Datenübermittlung
(bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Vollständige Adresse	
Telefon Festnetz	
Telefon Mobil	
E-Mail-Adresse	
Telefon Arbeit (optional)	
Tel + Name Angehörige 1 (optional)	
Tel + Name Angehörige 2 (optional)	

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

Ich akzeptiere den Kontakt per (zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> SMS
aus unserer Sicht unbedingt erforderlich	notwendig u.a. für die Online-Terminbuchung	nutzbare Kontaktoption, bei rückläufiger Bedeutung	aktuell von uns nicht genutzt, Zustimmung gilt für mögliche künftige Aktivitäten

Ich erlaube den Versand von (zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Newsletter	<input type="checkbox"/> Termindetails	<input type="checkbox"/> medizinischer Dokumentation	<input type="checkbox"/> Rechnungen
aktuell von uns nicht genutzt, Zustimmung gilt für mögliche künftige Aktivitäten	z.B. Bestätigung von Online-Terminen oder Terminerinnerungen	z.B. Übermittlung von Laborwerten, Arztbriefen, AU-Bescheinigungen an den Patienten	Sie bekommen Privatrechnungen verschlüsselt per E-Mail

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

X

X

Datum

Unterschrift Patient