|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Handynummer | Emailadresse: |

**Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen**

Hiermit willige ich ein, das mich meine Arztpraxis Henriette und Thomas Kröger mittels

 Telefon,

 E-Mail,

 SMS/WhatsApp

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