

Vereinbarung zur Patienten-Erinnerung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis damit, dass mich _____ über notwendige Maßnahmen der Immunprophylaxe informiert, mich an entsprechende Termine erinnert und mir dabei Terminvorschläge macht.

Wir bitten Sie, die Patienten-Erinnerung per SMS oder Email zu bevorzugen, wenn die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind.

Ich möchte informiert werden per

SMS

Email

Fax

Telefon

Post

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständnis-Erklärung jederzeit widerrufen kann.

.....

Ort

.....

Datum

.....

Unterschrift