

Einverständniserklärung RECALL

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie an unserem Erinnerungssystem teilnehmen möchten, bitten wir Sie, diese Einverständniserklärung zu unterzeichnen. Sie können dies jederzeit formlos widerrufen.

Erklärung:

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname: _____, geb. _____

Straße, PLZ und Ort: _____

mein ausdrückliches Einverständnis zur Teilnahme am RECALL der internistischen hausärztlichen Praxis Anja Mundweil.

Bitte erinnern Sie mich an folgende Termine:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Hautkrebsscreening (ab 35Jahre) | <input type="checkbox"/> | Impfungen | <input type="checkbox"/> |
| 3-jährlicher Check-up (ab 35 Jahre) | <input type="checkbox"/> | Termine | <input type="checkbox"/> |
| DMP (Asthma,COPD,KHK, Diabetes) | <input type="checkbox"/> | | |

Sonstiges:

Wie möchten Sie informiert werden?

- per E-Mail
- _____

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

Datum/Unterschrift