

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Recall-System

Name

Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Geb. Datum

Ich möchte am Recall-Service (Termin-Erinnerung) teilnehmen. Hiermit stimme ich deshalb zu, in regelmäßigen Abständen an meine notwendigen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sowie fällige Impfungen oder andere anstehende Untersuchungen durch die Praxis Dr. Kollmer schriftlich erinnert zu werden.

☐ E-Mail:

☐ Brief:

☐ WhatsApp:

☐ Praxis App

Diese Einverständniserklärung kann mündlich wie auch schriftlich jederzeit gegenüber der Praxis widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift