



Einverständniserklärung

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass die Praxis mich zu den festgelegten Zeitabständen an Kontrolltermine erinnert:

Bitte informieren Sie mich:

Schriftlich

Telefonisch

Per E-Mail

E-Mail-Adresse: _____

Mit dieser Erinnerung ist keine Verpflichtung verbunden, die mich an die Praxis bindet.

Ich kann jederzeit diese Einverständniserklärung widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient