Einwilligungserklärung zur Terminerinnerung/Terminverschiebung

Name:		Vorname:	
Geb.-Datum:		Mobil-Tel.Nr.	
Adresse:		Festnetz:	
PLZ: Wohnort:		Email:	

Die Einverständniserklärung gilt auch für meine minderjährigen Kinder: (dann beide unterschreiben)

1. Kind: 2. Kind:

3. Kind: 4. Kind:

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Arztpraxis unter der angegebenen Email-Adresse und den Telefonnummern an meine vereinbarten Termine erinnern kann.
Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich von mir jederzeit widerrufen werden.

Friedrichshafen, den ……. ……..
Datum Unterschrift

……. ……..
Datum Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten

Einwilligungserklärung zur Terminerinnerung/Terminverschiebung

Name:		Vorname:	
Geb.-Datum:		Mobil-Tel.Nr.	
Adresse:		Festnetz:	
PLZ: Wohnort:		Email:	

Die Einverständniserklärung gilt auch für meine minderjährigen Kinder: (dann beide unterschreiben)

1. Kind: 2. Kind:

3.Kind: 4. Kind:

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Arztpraxis unter der angegebenen Email-Adresse und den Telefonnummern an meine vereinbarten Termine erinnern kann.
Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich von mir jederzeit widerrufen werden.

Friedrichshafen, den ……. ……..
Datum Unterschrift

……. ……..
Datum Unterschrift des 2. Sorgeberechtigten