

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme / Terminerinnerung

Erlaubnis zur Kontaktaufnahme:

Hiermit erlaube ich der Hausarztpraxis Andreas Groß mit mir über die von mir angegebenen Telefon- oder Faxnummern bzw. E-Mail-Adresse in Kontakt zu treten. Die von mir gespeicherten Daten dürfen nicht unrechtmäßig weitergegeben werden.

Meine aktuelle Kontaktinformationen lauten:

Festnetz / Handy: _____

Fax-Nummer: _____

E-Mail: _____

Datum, Unterschrift:

Teilnahme am Erinnerungsservice:

Ich möchte gerne den Erinnerungsservice der Praxis nutzen und in Zukunft über fällige Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden. Die Praxis darf meine angegebenen Daten zu diesem Zwecke nutzen.

Hinweis:

Die Inanspruchnahme dieser Serviceleistung entbindet mich nicht von meiner eigenen Gesundheitsfürsorgepflicht.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheits-CheckUP ab 35 | <input type="checkbox"/> Impfungen |
| <input type="checkbox"/> Früherkennung Hautkrebs | <input type="checkbox"/> Früherkennung Darmkrebs |

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/ gesetzliche/r Vertreter(in)

Zu besonderen Jubiläen würden wir Ihnen gerne mit einer netten Glückwunschkarte gratulieren 😊 – Falls Sie dies nicht wünschen, geben Sie uns bitte kurz Bescheid.

Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie auch auf unserer Homepage unter <https://hausarzt-gross.de/Datenschutz> oder als Aushang gegenüber unserer Anmeldung in der Praxis.