



## Einverständniserklärung zur Teilnahme am Recall-System

(automatisierte Termin-Erinnerung)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geb.datum

Ich möchte am Recall-Service (Termin-Erinnerung) der Gemeinschaftspraxis Dr. Hung & Dr. Dubosq teilnehmen.

Hiermit stimme ich deshalb zu, in regelmäßigen Abständen an meine notwendigen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sowie fällige Impfungen oder andere anstehende Untersuchungen durch die Gemeinschaftspraxis Dr. Hung & Dr. Dubosq schriftlich oder telefonisch erinnert zu werden.

Telefonisch unter folgender Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Per E-Mail an folgende E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_

Per Postkarte an folgende Adresse:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Güntersleben, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in  
(oder gesetzlicher Vertreter)