

Einwilligung Terminerinnerung



Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patienteltern,

um Ihnen die Planung Ihrer Behandlungstermine zu erleichtern, bieten wir ab sofort an, Sie rechtzeitig per SMS an diese zu erinnern.

- Es werden nur die unten genannten Kontaktdaten (Mobilfunknummer) verwendet.
- Die Erinnerung erfolgt ausschließlich zu diesem Zweck.
- Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Bitte wählen Sie aus:

☐ Ich möchte per SMS erinnert werden.

Tel.: _____

☐ Ich möchte keine elektronischen Terminerinnerungen erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift Praxis