

Einwilligung zur Übermittlung von Terminplänen per E-Mail

Name: [<PatTitel>][<PatName>] Vorname: [<PatVorName>]

Geb.: [<PatGeburtsdatum>]

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

im Rahmen unserer Terminvereinbarungen möchten wir Ihnen die Möglichkeit bieten, Ihre Terminpläne per E-Mail zu erhalten. Hierfür benötigen wir Ihre ausdrückliche Zustimmung. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Übermittlung der Terminpläne per E-Mail unverschlüsselt erfolgt. Alternativ können Sie die Terminpläne bei uns in der Einrichtung erhalten oder über unsere Patienten Termin APP.

Mit Ihrer Zustimmung erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihnen zukünftige Terminpläne und relevante Informationen zu Ihren Behandlungsterminen an die folgende E-Mail-Adresse senden dürfen:

[<PatEMail>]

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, indem Sie uns dies schriftlich mitteilen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich für diesen Zweck bis zu Ihrem Widerruf verwendet.

Bitte bestätigen Sie, ob Sie mit der Übermittlung der Terminpläne per E-Mail einverstanden sind:

☐ Ja, ich stimme der Übermittlung meiner Terminpläne per E-Mail zu.

☐ Nein, ich möchte keine Terminpläne per E-Mail erhalten.

Ort / Datum

Unterschrift Patientin/Patient bzw.
Betreuer / Bevollmächtigter / Sorgeberechtigter