

Zustimmung zur Nutzung* von Patientendaten für die Praxisorganisation / unseren Service

Rundum Medizin Wertheim, Dr.med. Antonia Rechenberg

Ich

Vorname, Name

Geb.-Datum

stimme zu, dass die Praxis

Praxisname: Rundum Medizin

Praxisanschrift: Rittergasse 5, 97877 Wertheim

meine Kontakt-Daten nutzt für

- einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen per

Postbrief

E-Mail an folgende E-Mailadresse: _____

Telefon an folgende Nummer: _____

- die Zusendung von Informationsschreiben per

Postbrief

E-Mail an folgende E-Mailadresse: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Zustimmung ist freiwillig, das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

* Im Sinne von „Verarbeiten“ nach Artikel 4 Nr. 2 DS-GVO