

Praxis Annette Brauer | Poststrasse 2 | 15831 Mahlow

Einverständniserklärung Terminerinnerung

Name

(Geburtsdatum)

(Anschrift)

Hiermit stimme ich zu, dass mich meine Arztpraxis unter der angegebenen E-Mail-Adresse

(E-Mail)

an den vereinbarten Termin erinnern kann.

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich jederzeit von mir widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)