



Zahnarztpraxis
Dr. Jens Rosenlöcher

Brüderstr. 42
13595 Berlin
030/ 331 74 24
www.dr-rosenloecher.de

Zustimmung zur Vorsorgeerinnerung (Recall) per E-Mail oder SMS

Liebe Patient:innen,

hiermit stimme ich zu, dass wir Sie an die zahnärztliche Behandlung erinnern dürfen. Ich bin darüber informiert worden, dass eine Erinnerung mittels **E-Mail** oder **SMS** nicht verschlüsselt erfolgt. Mit dieser Art der Kontaktaufnahme bin ich trotzdem einverstanden.

Um sicherzustellen, dass wir unsere Nachricht auch immer an den richtigen Empfänger senden, bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen, wenn sich Ihre Rufnummer, Ihre Adresse oder Ihre E-Mail geändert hat

Patient:

Name

Vorname

Anschrift

Straße

PLZ

Ort

Telefon/Handy

E-Mail

Ich bin mit dem oben genannten Service einverstanden

Berlin, den _____

Unterschrift Patient _____

Vielen Dank für Ihre Angaben