



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir Sie über anstehende Termine und für Sie relevante Neuerungen informieren, bitten wir Sie, diese Einverständnis - Erklärung zu unterzeichnen. Sie können dies jederzeit formlos widerrufen.

**Erklärung:**

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_, geb.

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer:

\_\_\_\_\_

PLZ und Ort:

\_\_\_\_\_

mein ausdrückliches Einverständnis zur Teilnahme am Erinnerungs- und Informationssystem der Praxis.

Wie möchten Sie informiert werden?

Telefonisch  Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_

Per E-Mail  E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

Bearbeitungsvermerke:



**PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN**  
Dr. med. Frauke Hofmann & MUDr. Samson Gebreab

Mittelgasse 16  
64319 Pfungstadt

Fon: 06157 / 97 11 0  
Fax: 06157 / 97 11 29

[www.gebhof.com](http://www.gebhof.com)

---

Bearbeitungsvermerke:

---

Mitarbeiterzeichen

Datum

Praxisstempel