

Name des Patienten:

1. Einwilligungserklärung E-Mailübermittlung für Patienten

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf mein behandelnder Arzt, Dr. Christian Wanner, sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arztspezialitäten) an die folgende E-Mailadresse mittels verschlüsselter E-Mail senden darf:

E-Mail-Adresse: _____

2. Einwilligungserklärung SMS-Übermittlung für Patienten

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf mein behandelnder Arzt, Dr. Christian Wanner, an unten stehende Handynummer unverschlüsselte SMS zum Zweck der Terminerinnerung senden darf:

Handynummer: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum _____

Unterschrift _____