

# Einverständnis

## Praxisnewsletter + Doctolib



Ich bin damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse für folgend ausgewählte Kontaktmöglichkeiten verwendet werden darf:

**Doctolib:**  
Informationen, Erinnerungen und Änderungen meiner Termine per E-Mail

**Praxisnewsletter:**  
Allgemeine Informationen bezüglich des Praxisablaufes, Neuerungen, aktuelle medizinische Empfehlungen (z.B. zum Thema Impfungen)

Name: \_\_\_\_\_

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

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin darüber informiert, dass Ich mein Einverständnis jederzeit, mit sofortiger Wirkung, widerrufen kann.

