

Dr. med. Gudrun Rogler-Franken
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und –psychotherapie
Systemische Familientherapeutin (DGSF)

Volkartstr. 5
80634 München

Tel: 089 / 167 89 19
Fax: 089 / 16 78 34 60
info@praxis-dr-rogler.de

Einwilligung in den Versand von Terminerinnerungen per E-Mail

Bitte lesen Sie die folgenden Informationen aufmerksam. Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie nicht einwilligen, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile für die Behandlung.

Patientin/ Patient

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse für
Terminerinnerungen: _____

Wozu wird die E-Mail-Adresse verwendet?

Ich willige eine, dass die Praxis Dr.med. Gudrun Rogler-Franken die oben angegebene E-Mail-Adresse verwendet, um mir Erinnerungen an bereits vereinbarte Termine in der Praxis zu senden. Die Nachrichten sollen möglichst neutral formuliert sein und keine Diagnosen, Befunde oder sonstige medizinische Einzelheiten enthalten.

Versand und Datenschutz

Mir ist bekannt, dass E-Mails trotz technischer Schutzmaßnahmen fehlgeleitet, von Dritten eingesehen oder auf gemeinsam genutzten Geräten sichtbar werden können. Ich stelle sicher, dass ich Zugriff auf das angegebene E-Mail-Postfach habe. Die Praxis verarbeitet die E-Mail-Adresse nur für den o.g. Zweck und im Rahmen ihrer geltenden Datenschutzbestimmungen. Soweit für den Versand technische Dienstleister eingesetzt werden, müssen diese von der Praxis datenschutzrechtlich ordnungsgemäß eingebunden und in den Datenschutzhinweisen berücksichtigt sein.

Information zum Nicht-Wahrnehmen von vereinbarten Terminen

Mir ist bekannt, dass die Praxis mir ein Bereitstellungshonorar in Höhe von 100 € bei Terminen bis zu 60 min und von 150 € bei längeren geplanten Terminen in Rechnung stellt, wenn der Termin nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt wird. Dies ist unabhängig davon, ob ich der Terminerinnerung zugestimmt habe oder nicht.

Einwilligung

- ☐ Ja, ich möchte Terminerinnerungen der Praxis an die oben angegebene E-Mail-Adresse erhalten.
- ☐ Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen per E-Mail erhalten.

Unterschrift der Sorgeberechtigten bei Minderjährigen/ volljähriger Patienten

Name des/der Sorgeberechtigten (meist Eltern)/ Vertreter des Sorgerechts/ volljährige Patienten

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____