

Einwilligung zur Kommunikation per E-Mail und WhatsApp

Patient/in:

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Verantwortliche Stelle:

Praxis für Osteopathie, Akupunktur und Physiotherapie Franziska Schöll
Alexanderstraße 10a, 99817 Eisenach

Tel.: 03691 742037

E-Mail: praxis@osteopathie-schoell.de

Zweck der Kontaktaufnahme

Ich willige ein, dass die Praxis mich freiwillig per E-Mail, Textnachricht und/oder WhatsApp kontaktieren darf, insbesondere zur:

- Terminvereinbarung und Terminbestätigung
- Terminänderung oder -absage
- organisatorischen Rückfragen
- Übersendung von Rechnungen oder Unterlagen

Eine medizinische Beratung oder Diagnose erfolgt nicht ausschließlich über diese Kommunikationswege.

Hinweis

Mir ist bekannt, dass E-Mail, Textnachricht und WhatsApp keine vollständig sicheren Kommunikationswege sind und bei WhatsApp eine Verarbeitung von Daten außerhalb der EU möglich sein kann. Ich nehme diese Risiken bewusst in Kauf.

Freiwilligkeit & Widerruf

Die Nutzung dieser Kommunikationswege ist freiwillig.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Einwilligung

☐ Ich willige in die Kontaktaufnahme per E-Mail ein.

☐ Ich willige in die Kontaktaufnahme per Textnachricht / WhatsApp ein.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in

(bei Minderjährigen: gesetzliche Vertretung): _____