



Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in unserem System

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon (Festnetz)

Mobil

- Ich bin damit einverstanden, dass ich über wichtige Untersuchungen und Untersuchungsergebnisse schriftlich (Brief, e-mail) oder telefonisch (SMS, Anruf, WhatsApp) informiert werde.
- Ich möchte an anstehende Termine, Check-Ups und Impfungen erinnert werden

Ort, Datum

Unterschrift

 Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt anhand Vorgaben des Gesetzgebers und dient zur Erfüllung des Behandlungsauftrags und damit verbundenen Pflichten zwischen Ihnen und Ihrem Arzt. Aus diesem Grund verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, vor allem die Angaben über Ihr Gesundheitszustand. Bitte beachten Sie bezüglich Verarbeitung, Verwendung, Löschung und Übermittlung Ihrer Daten den Informationszettel an der Rezeption sowie die Informationen auf unserer Homepage www.hausaerzte-glockenhof.de