

Betreff: Einwilligung für den Rechnungsversand per E- Mail

Liebe Patientinnen und liebe Patienten, liebe Eltern,

wir möchten unseren Service für Sie noch schneller und umweltfreundlicher gestalten. Künftig bieten wir Ihnen an, Ihre Rechnung und Gebühren- Aufstellungen bequem per E-Mail zu erhalten. Ihr Vorteil ist ein komfortabler und schneller Erhalt der Rechnungen und die Möglichkeit, diese digital zu verwalten oder direkt an andere Kostenträger weiterleiten zu können.

Um den gesetzlichen Datenschutz (DSGVO) einzuhalten, benötigen wir hierfür Ihre schriftliche Einwilligung. Bitte alle Angaben in Druckbuchstaben ausfüllen.

Patient/in: Name, Vorname: _____ **geb.:** _____

Gesetzlicher Vertreter: Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Meine gewünschte E-Mail-Adresse: _____

Einverständniserklärung und Einwilligung für den Rechnungsversand per E-Mail:

☐ Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Arztrechnungen sowie damit verbundene Unterlagen und Informationen datengeschützt an die oben angegebene E-Mail-Adresse elektronisch übermittelt werden.

Ich bestätige, dass die oben angegebene E-Mail-Adresse aktuell und von mir zur Entgegennahme der genannten Unterlagen freigegeben ist. Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf kann gegenüber der behandelnden Praxis formlos erklärt werden.

☐ Ich wünsche keine Übermittlung meiner Arztrechnungen per E-Mail.

Ort, Datum: _____ Unterschrift _____
Patient/ gesetzl. Vertreter

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Sabine Ritter und Dr. Jens Ritter

Fachzahnärzte für Kieferorthopädie