

**Einverständniserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung der Praxis Sartorius – SMS- Versand**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Ggf. Name des Sorgeberechtigten/Der Bezugsperson:  
\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden,

dass ich in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der

**Videosprechstunde      SMS Terminerinnerung      Fragebogenerhebung**

(Unzutreffendes ggf. streichen)

durch die Praxis Sartorius einwillige. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mit hierzu unter der/den Telefonnummer/n

---

SMS geschickt werden dürfen.

Ort, Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_