

**Dres. med. K. & C. Forstreuter**  
**Fachärzte für Allgemeinmedizin**



Heerstraße 55a  
53340 Meckenheim  
☎ 02225 / 6251

---

Name

Vorname

---

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

## **Einwilligungserklärung**

### **für den Liquidationsversand via Email**

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass die Liquidationen künftig per Email an mich übermittelt werden.

Zum Schutz meiner personenbezogenen Daten wurde ich darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Liquidationen mit einem Kennwort geschützt werden. Das Kennwort ist mein Geburtsdatum ohne Punkte, z.B.: Geburtsdatum 12.10.1958 => Kennwort 12101958.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich , dass die folgende Emailadresse korrekt ist:

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Meckenheim, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift der/des Patientin/Patienten