

Zahnmedizin
Dr. med. dent. Uwe M.
K I S Z K A
& K O L L E G E N

Lieber Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie sich für die papierlose Datenübermittlung entschieden haben.

Damit helfen Sie uns einen kleinen Beitrag zum Klimaschutz beizutragen.

Bitte füllen Sie uns diese Einverständniserklärung gut leserlich aus und bringen Sie sie zu Ihrem nächsten Besuch mit:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Emailadresse: _____

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, Rechnungen, Terminbestätigungen und Terminerinnerungen oder andere Unterlagen, welche Sie normalerweise per Post bekommen würden, per Email zu erhalten. Auch Röntgenbilder können wir Ihnen auf Ihren ausdrücklichen Wunsch per Email zukommen lassen.

Ort, Datum

Unterschrift