



Gemeinschaftspraxis für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
Dr. Susanne Pain und  
Dr. Christopher Mattick  
Tengstr. 9  
80798 München

## **Einverständniserklärung zum Recall-Service**

Name, Vorname des Patienten	geb. am
-----------------------------	---------

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Hiermit stimme ich zu, dass mich die Praxis in regelmäßigen Abständen an anstehende Termine erinnert.

Die Erinnerung erfolgt per E-Mail an die folgende Adresse

E-Mail an diese Adresse: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten bzw.  
des volljährige Patienten