

Facharztpraxis für Herz- und Gefäßerkrankungen

Kardiologie – Innere Medizin – Angiologie

Dr. med. W. Talash, Bahnstr. 24, 63225 Langen



Einwilligung Befunde per E-Mail (Achtung: Rechnungen sind nicht möglich)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Ich wurde aufgeklärt, dass die E-Mails unverschlüsselt versendet werden. Ich erkläre mit meiner Unterschrift damit einverstanden Befunde, bzw. Unterlagen per E-Mail erhalten.

Datum

Unterschrift