



Datenschutzerklärung

Name, Vorname: _____

geb.: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, erhoben, verarbeitet und an **weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken** übermittelt werden dürfen.

Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen/Angehörigen weitergegeben werden nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannte Praxis mittels Telefon und Post kontaktieren darf.

Falls eine Kontaktaufnahme auch per E-Mail oder SMS gestattet ist, bitten wir Sie dies unten zu kennzeichnen:

E-Mail _____

SMS _____

Die Information zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in unserer Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in