



## 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 \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

SMS \_\_\_\_\_

Post \_\_\_\_\_ Adresse wird von der Versichertenkarte übernommen

kontaktieren darf.

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