

Einverständnis Datenweitergabe gemäß DSGVO

Name	
Geburtsdatum	

- Ich bin damit einverstanden, dass alle Mitarbeiter der Praxis meine Daten einsehen können, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Ich wurde darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiter der Praxis der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.
- Meine Daten dürfen unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Regelungen gespeichert, an mitbehandelnde Ärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten sowie berechnigte Institutionen übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten dürfen von andern Mitbehandlern eingeholt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Gesetzliche Aufbewahrungsfristen werden davon nicht berührt.

Das Informationsblatt „Patienteninformationen zum Datenschutz“ habe ich zu Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift