

Patienteneinverständniserklärung Datenschutz

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, geändert und gelöscht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheits-erklärung unterschrieben.

Im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen dürfen meine Daten übermittelt werden:

Bitte  ☐ **allgemeine Dateneinwilligung** (Hausarzt, mitbehandelnde Ärzte, Krankenhaus etc.)

ankreuzen ☐ nicht an Überweiser, nur an _____

- ☐ Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligungserklärung jederzeit formlos widerrufen kann. Ebenso ist mir bekannt, dass durch den Widerruf die Rechtmäßigkeit der bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt wird.