



## Einwilligungen in die Datenverarbeitung und -übermittlung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Liebe Patientin, lieber Patient,

zum Zwecke einer möglicherweise notwendigen Auskunftserteilung/- anforderung, Weitergabe, Übermittlung, der Kommunikation und Organisation von personenbezogenen Daten zu Ihrer Identifikation und zu Ihrem Gesundheitszustand benötigen wir nachfolgend differenziert aufgelistete Erklärungen von Ihnen.

Sofern Sie mit einzelnen Nutzungszwecken einverstanden sind, füllen Sie entsprechende Felder aus. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, füllen Sie keine Felder aus; wird von Ihnen keine Angabe gemacht, wird die Einwilligung als nicht erteilt bewertet.

### Kontaktaufnahme via:

Telefon/ Handy: \_\_\_\_\_

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

### Einwilligung zur elektronischen Datenübermittlung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS/ E-Mail sowie Befunde per Mail von der oben genannten Praxis erhalte.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in/ Vertretungsberechtigter

### Aufklärung zur Widerrufsmöglichkeit

Ihre Einwilligungen sind freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die von Ihnen erteilten Einwilligungen- teilweise oder vollumfänglich – ohne Angaben von Gründen mit Wirkung auf die Zukunft zu widerrufen.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in/ Vertretungsberechtigter

Detailliertere Hinweise und Verfahren zu unserem Datenschutz entnehmen Sie gern unserem Aushang im Wartezimmer :-)