

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Name, Vorname.....

Geburtsdatum.....

Anschrift.....

Telefonnummer.....

E-Mail.....

- Mit meiner Unterschrift willige ich in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Diagnostik und Behandlung ein. *
- Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Kontaktdaten zum Zweck der Terminbestätigung, -erinnerung und -koordination ein. Die Kontaktaufnahme erfolgt per Telefon, SMS oder Mail.
- Ich willige ein, dass die Praxis Dr.med. Antonia Schervier-Vogt mit dem überweisenden Arzt/der Ärztin sowie mitbehandelnden Ärzten (z.B. Hausarzt/Hausärztin) und ggf. dem Labor sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten austauschen darf, soweit dies für Diagnostik und Behandlung im Einzelfall erforderlich ist (z.B. Arztbrief). Diese Einwilligung erfasst auch die medizinischen Fachangestellten/Sprechstundenhilfen.
- Mit meiner Unterschrift willige ich in die Anlage und/oder das Befüllen der elektronischen Patientenakte (ePA) mit erhobenen psychiatrischen Befunden (z.B. Arztbrief) ein.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann.

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung gemäß Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO nicht berührt.

....., den.....

Unterschrift der Patientin, des Patienten.....