

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Name, Vorname.....

Geburtsdatum.....

Anschrift.....

- 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 meine erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeitet und mit dem überweisenden Arzt/ der Ärztin sowie mitbehandelnden Ärzten (z.B. Hausarzt/Hausärztin) sowie ggf. dem Labor sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten austauschen darf, soweit dies für Diagnostik und Behandlung im Einzelfall erforderlich ist. Diese Einwilligung erfasst auch die medizinischen Fachangestellten/Sprechstundenhilfen.

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.....