

## Patienteneinwilligungserklärung

Zum Umgang mit der Übermittlung Ihrer Kontakt- und Gesundheitsdaten im Zuge der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon  
FN/mobil: \_\_\_\_\_

Faxnummer/E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich stimme hiermit der in der Praxisinformation beschriebenen Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe meiner Daten zu. Insbesondere habe Ich die Informationen zum Umgang mit der Übermittlung meiner Kontakt- & Gesundheitsdaten gelesen, verstanden, umfassend akzeptiert und unterschreibe nach ausreichender Bedenkzeit.

Ich willige ein, dass (Zutreffendes ankreuzen, Nichtzutreffendes durchstreichen)

- mir Termine, Medikations- Insulinpläne gesendet werden per Mail / per Post
- Für den Fall eines Inhaberwechsels, meine Daten an den neuen Inhaber weitergegeben werden

### Rechte / Widerrufsrechte

Über mein Recht auf Auskunft, Löschung, Änderung, Beschwerde und Widerruf bin ich informiert. Ich weiß, dass ich jederzeit Änderungen an dieser Erklärung vornehmen kann, Insbesondere an der Vollmacht für die Kontaktperson. Die Kopie dieser Einverständniserklärung wird von unserer Praxis elektronisch verarbeitet und gespeichert. Ein Exemplar der Einverständniserklärung habe ich erhalten. Vollmacht Kontaktperson (Bitte Zutreffendes ankreuzen, Nichtzutreffendes streichen/bei mehreren Kontaktpersonen bitte Rückseite nutzen)

**Hiermit erteile ich folgender Person bis auf Widerruf die Vollmacht,**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

- Auskunft über meine gespeicherten Daten erhalten
- Rezepte/Insulin-/Medikamentenpläne abzuholen
- Einsicht in meine Patientenakte zu erhalten

Ort, Datum

Unterschrift