

Einwilligungserklärung

In unserer Praxis verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten in der Regel auf gesetzlicher Grundlage, z.B. zur Durchführung der medizinischen Behandlung. Für bestimmte darüber hinausgehende Zwecke benötigen wir Ihre ausdrückliche Einwilligung.

Im Folgenden bitten wir Sie um Ihre Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer Daten für folgende Zwecke:

Zweck(e) der Datenverarbeitung:

Kategorien verarbeiteter Daten:

Empfänger der Daten:

Dauer der Speicherung:

Verantwortliche Praxis:

Verantwortliche Person:

Datenschutzbeauftragte/r (sofern vorhanden):

Adresse:

Telefon/Fax/E-Mail:

Ich willige ein in folgende Datenverarbeitungen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Erinnerungs-SMS oder -E-Mails
- Weitergabe an externe Abrechnungsstellen
- Verwendung für medizinische Falldokumentation
- Andere:

Diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an

 oder per Fax an

übermittelt werden kann. Aus einer Verweigerung oder einem Widerruf entstehen keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung.

Name des Patienten / der Patientin:

Datum:

Unterschrift des Patienten / der Patientin:

Formularversion: 2025-01 | Erstellt am: