



Einwilligungserklärung Datenschutz

In unserem Informationsblatt zum Datenschutz haben wir Sie bereits darauf hingewiesen, dass uns die Sicherheit Ihrer Daten am Herzen liegt und wir diese nur im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben speichern und verarbeiten. Diesbezüglich stehen Ihnen die besonderen Informationsrechte sowie ein Anspruch auf Löschung personenbezogener Daten zu. Das Informationsblatt steht Ihnen jeder Zeit zur Einsichtnahme in den Praxisräumen zur Verfügung. Auf Anfragen senden wir Ihnen das Dokument auch via E-Mail zu.

Unser Anspruch ist es jedoch Ihnen eine optimale gesundheitliche Betreuung zu gewährleisten. Zu diesem Zweck kann die Verarbeitung ihrer Daten über den Gesetzeszweck hinaus erforderlich sein.

Mit dieser Erklärung bestätigen Sie _____ (Name & Vorname in Druckbuchstaben), dass wir Ihnen Zugang zu unserem Informationsblatt Datenschutz verschafft haben und willigen in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken ein.

- Zusenden von Befunden oder Informationsmaterial via Post, Fax, E-Mail
- Weiterleitung von Informationen/ Befunden an andere Ärzte/Leistungserbringer zum Zwecke der medizinischen Behandlung
- Ermöglichen von telefonischen Rückrufen oder Auskünften bzgl. Medizinischer Angelegenheiten und anstehender Vorsorgeleistungen
- **Auskunftsrecht und Informationsweitergabe an Angehörige. Bitte benennen Sie diese hier ausdrücklich:**

Es steht Ihnen zu, diese Einwilligung jeder Zeit zu widerrufen!

Datum, Unterschrift Patient/in



Hausärzte im Hofgut

Fachärzte für Innere Medizin

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Notfallmedizin

BSNR: 598003400

Einverständniserklärung

für eine

venöse Blutentnahme

Abstrich

Impfung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit stimme ich zu. Dass mich mein Arzt an die oben genannten Impfungen erinnern darf. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift Patient/in