



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art. 6. 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine sinnvolle Behandlung zu ermöglichen, ist die Speicherung und Übermittlung von personenbezogenen Daten notwendig. Dazu bedarf es Ihrer Zustimmung und wir möchten Sie bitten, diese durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

Patient/in:

Name u. Geburtsdatum _____

Adresse _____

Ich stimme hiermit der Speicherung und der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten

- für den Zweck der Erfüllung des praxisinternen Behandlungsvertrages
- für die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationspflichten
- zum Zweck der Weitergabe an Mit- und Weiterbehandler (benannter Hausarzt, andere Fachärzten, Krankenhaus)
- zum Zweck der Analyse von körpereigenen Proben (Labor, Pathologie)
- zum Zweck der Behandlung mit zubereiteten Medikamenten und Blutprodukten (Apotheke Blutbank)
- zum Zweck der Einforderung von Behandlungsdaten von Anderen (Hausarzt, andere Fachärzten, Krankenhaus)
- zum Zweck der Kommunikation mit der Praxis angerufen zu werden und am Recall-Service teilzunehmen.

durch die Praxis zu.

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

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

_____, den _____

Unterschrift Patient/in

Dr. A. Körfer

Anschrift: Bodenstedtstr. 8, 31224 Peine

Kontaktdaten: info@onkologie-peine.de, Tel. 05171769600