



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:

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 beteiligte Fachärzte oder Krankenhäuser, andere beteiligte Tumorzentren)
- 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 beteiligte Fachärzte oder Krankenhäuser)
- zum Zweck der Kommunikation und der Durchführung von Serviceleistungen mit dem Patienten/der Patientin durch die Praxis (Telefon, Mobil, Email, Online Rezeption) 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).

Peine, den _____ Unterschrift Patient/in _____