Dr. med.
Mederacke
Praxis für
Allgemein- und Unfallchirurgie

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gern. Art. 13 DSSVO

Bitte ankreuzen und Namentlich eintragen!

o Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an den mitbehandelnden Hausarzt sowie Fachärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von meinen anderen mitbehandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen.

o Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck des Screenings, der Routine oder Kontrolluntersuchung übermittelt werden dürfen.

o Ich widerspreche der Befundübermittlung an:

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten, welche meine Person betreffen.

Ich kann jederzeit die Berichtigung/Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten
bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Zustimmung gilt bis zu meinem schriftlichen Widerrufen.

An folgende Angehörige/ Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Ort, Datum Unterschrift