

Einverständniserklärung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten

gem. EU-DSGVO und § 73 Abs. 1 b SGB V

Patient: _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

Ich erkläre mich einverstanden, dass (bitte ankreuzen):

- Frau Simone Wollenberg Einsicht in die über mein Kind gespeicherten Unterlagen von Frau Dipl.-Med. Dribbisch nehmen und diese bei medizinischer Notwendigkeit weiterverarbeiten darf.
Die in der Praxis aushängende Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit der genannten Erhebung, Speicherung und Weiterleitung der personenbezogenen Daten meines Kindes einverstanden.

Insbesondere erkläre mich einverstanden, dass (bitte ankreuzen):

- Frau Simone Wollenberg mich bzw. mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert;
- Frau Simone Wollenberg mich bzw. mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich bzw. mein Kind behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt;
- Ich bzw. mein Kind in der Praxis mit Namen aufgerufen werden darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)