

Einwilligungserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne der DS-GVO
durch den Facharzt

Ich

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Strasse: _____ Nr.: _____

Telefon privat: _____ Mobil.: _____

E-Mail: _____

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis MVZ Rheinische Radiologie meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt zur Einsicht in der Praxis aus, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Gründe der Verarbeitung über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die Praxis MVZ Rheinische Radiologie bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern (z.B. Labore, Krankenhäuser) die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde anfordert und für die Zwecke der Weiterbehandlung verarbeitet und nutzt.
- die Praxis MVZ Rheinische Radiologie meine Behandlungsdaten und Befunde an mich, behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer (z.B. Labore, Krankenhäuser) übermittelt.

Wenn Sie unseren Service „via Doctolib“ nutzen möchten geben Sie uns bitte Ihr Einverständnis

Ich möchte an meine Termine per E-Mail oder SMS erinnert werden

Es ist mir bekannt, dass ich das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung und auf Datenübertragbarkeit habe.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des ges. Vertreters

Ich möchte eine Kopie der Einwilligung zur DS-GVO ausgehändigt bekommen Ja Nein