

Patienteneinwilligung Praxisorganisation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ haben wir Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihnen unsere Service-Angebote anbieten zu können benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen.

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
E-Mail*	
Telefon*	

ein, dass meine Daten von

MVZ /Praxisname Anschrift	durch Praxis auszufüllen		
für die Terminkoordination	E-Mail <input type="checkbox"/>	Telefon <input type="checkbox"/>	

verwendet werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich die erteilte Einwilligung gegenüber dem Asklepios MVZ-II Wiesbaden einzeln oder insgesamt jederzeit durch schriftliche Erklärung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Die Einwilligung ist freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

_____ den, _____
Ort Datum Unterschrift Patient / Person mit Vertretungsvollmacht/Erziehungsberechtigte

(*) E-Mail und Telefonnummer nur soweit für die Kontaktaufnahme notwendig.

Widerruf an:

Asklepios MVZ Hessen GmbH, Asklepios MVZ II Wiesbaden, Röntgenstraße 20, 63225 Langen. Fax 06103 912 1203

durch Praxis auszufüllen, falls eine Patientenkopie gewünscht wird.				
Patient wünscht eine Kopie dieser Einwilligung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Original: <input type="checkbox"/>	Patientenkopie: <input type="checkbox"/>
Eine Kopie wurde mir ausgehändigt:	Unterschrift Patient / Person mit Vertretungsvollmacht / Erziehungsberechtigte			