

Dr. med. P. Bachner

Facharzt für Anästhesiologie

Spezielle Schmerztherapie

Rettenungsmedizin

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte oder Labore) übermitteln zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung gemäß Artikel 6 und 7 DSGVO.

Einwilligung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Hiermit stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der

- Weitergabe an Abrechnungsstellen der kassenärztlichen Vereinigungen
- Weitergabe an private Abrechnungsunternehmen
- Weitergabe an behandelnde Haus- und Fachärzte

durch die Praxis zu.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindesten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich unter den oben genannten Kontaktdaten widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig (Artikel 7 Absatz 3 DSGVO).

Datum

Unterschrift Patient/in