



## Datenschutz-Einwilligungserklärung

Sehr geehrte(r) \_\_\_\_\_,

wir möchten Sie gerne optimal behandeln. Datenübermittlungen an Personen und Stellen außerhalb des MVZ erfolgen auf gesetzlicher Grundlage. Alle übrigen Datenübermittlungen bedürfen Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung. **Erläuterungen zu diesen Datenübermittlungen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung (DSE) Betroffenenrechte nach Art. 13 ff. DSGVO.**

Die folgenden Datenübermittlungen entsprechen dem Wunsch der meisten Patientinnen und Patienten:

- Auskunft über Behandlungshintergründe an sich legitimierende Angehörige

Name/Tel.-Nr. des Legitimierten \_\_\_\_\_

- Behandlungsdatenübermittlung von und zur Hausarztpraxis / weiterbehandelnden Arzt

Name/Anschrift des Arztes \_\_\_\_\_

- Ich erteile meine Einwilligung zu ALLEN vorgenannten Fragen

Sie können uns mitteilen, dass Sie einzelne oder alle der vorgenannten Einwilligungen nicht erteilen möchten. **Sie können diese Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine Nachricht an uns widerrufen.** Bei fehlender oder widerrufener Einwilligung einzelner Punkte ist möglicherweise nur eine Notfallbehandlung möglich. Sollten Sie Fragen haben, dann setzen Sie sich bitte mit unserem Datenschutzbeauftragten Herrn Thomas Koebke unter der Tel.-Nr. 04521 84 79 613 in Verbindung.

**Ich bin mit der Datenschutzerklärung vertraut gemacht worden und willige ein. Besondere Wünsche im Umgang mit meinen Daten werde ich ausdrücklich äußern.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient/in)