



Datenschutzerklärung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon (privat/mobil): _____

Hausarzt (Name/Ort): _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung - unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen - erhoben, verarbeitet und an weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken übermittelt werden dürfen. Ebenso dürfen zum Zweck von Laboruntersuchungen die dafür notwendigen Daten an das MVZ Labordiagnostik Mittelhessen GmbH übermittelt werden.

Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte/Kliniken.

Persönliche Daten, die durch die Praxis Dr. Schürmann erhoben wurden, dürfen zu meiner Weiterbehandlung verwendet werden.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen/Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannte Praxis mittels Telefon und Post kontaktieren darf.

Falls eine Kontaktaufnahme auch per E-Mail oder SMS gestattet ist, bitten wir Sie, dies unten zu kennzeichnen:

E-Mail _____

SMS _____

Die Information zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in unserer Praxis habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass vorhandene Aufzeichnungen über meine früheren Behandlungen nicht automatisch gelöscht werden, auch wenn sie älter als zehn Jahre sind.

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r)