

Patienteneinwilligung Praxisorganisation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben Ihnen die „Patienteninformation zum Datenschutz“ überreicht. Hierin wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, wenn wir Ihre Einwilligung dazu erhalten haben oder dies gesetzlich vorgesehen ist (z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung).

Um Ihnen unsere weiteren Service-Angebote wie z. B. die Erinnerung an die Terminvergabe oder Zusendung von Informationsmaterial anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden freiwillig erteilen:

Hiermit erkläre ich,

Name _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

E-Mail _____

Telefon _____

dass ich damit einverstanden bin, dass

Dr. E. Kartmann-Vincenti
Alter Sportplatz 6
87660 Irsee

meine Daten für per Post E-Mail Telefon

einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen („Recall“)

die Dienste der _____ zum Zwecke der Terminvergabe

zu Marketingzwecken – auch über externe Anbieter

die Zusendung von Informationsschreiben

verwenden darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt oder Heilpraktiker(in) nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Ort / Datum

Unterschrift