

Einwilligungserklärung DSGVO

Name, Vorname:

geb. am:

Anschrift:

Tel.:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine behandelnde Hausärztin Fr. Dr. med. Ines Sperling

- die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern (gemäß §73 Abs. 1b SGB V) erhebt und für die Zwecke der durch ihn durchgeführten Behandlung verarbeitet und nutzt
- zu Dokumentationszwecken und Verlaufsbeurteilung Fotoaufnahmen unter anderem von Hauterscheinungen, Wunden oder ähnlichem macht und in der Akte speichert
- mich im Wartezimmer mit Namen aufruft
- meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an andere Ärzte oder sonstige Leistungserbringer übermittelt
- ich die Datenschutzerklärung der Praxis gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

Datum

Unterschrift