

DATENSCHUTZ (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlungserfassung bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann.

Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meine Befundberichte, Arztberichte oder meine Röntgenbilder an meinen weiterbehandelnden Arzt übermittelt werden.

Ich willige ein.

Ich willige nicht ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift